

SYNDROMSPEZIFISCHE
SELBSTBEURTEILUNGSSKALEN:
KONZEPT, REALISIERUNG
UND EMPIRISCHE BEFUNDE

von

Thomas Moesler
aus

München



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg

Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. Daun

SYNDROMSPEZIFISCHE
SELBSTBEURTEILUNGSSKALEN:
KONZEPT, REALISIERUNG
UND EMPIRISCHE BEFUNDE

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich - Alexander - Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von

Thomas Moesler
aus
München

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. V. Becker

Referent: Prof. Dr. H. Daun

Tag der mündlichen Prüfung: 16.11.1981

In Dankbarkeit
meinen lieben Eltern
und Alice von Regius
gewidmet

INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
0.0 EIGENE AUFGABENSTELLUNG	1
1.0 Vorgeschichte und Konzeption der Syndrom-spezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen	2
1.1 Zunehmender Bedarf an psychopathometri-schen Tests	2
1.2 Allgemeine Anforderungen an psychopatho-metrische Tests	3
1.3 Bisherige Selbstbeurteilungsverfahren	4
1.4 Entstehung und psychopathologische Konzeption der Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen	6
1.5 Rechtfertigung der Konstruktion - Vorzüge der Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen	11
2.0 TESTDARSTELLUNG	14
2.1 Material	18
2.2 Testabnahme	19
2.3 Besonderheiten bei der Abnahme	20
3.0 AUSWERTUNG	21
3.1 Allgemeines	21
3.2 Auswertung der einzelnen Skalen	21
4.0 INTERPRETATION	28
4.1 Anwendungsbereich	32
4.2 Anwendungsgrenzen und Geltungsbereich	34
4.3 Möglichkeiten der Fehlbeurteilung	38
4.4 Einflußgrößen auf die Testergebnisse	40
4.5 Normierung	41

Seite

5.0	ERGEBNISSE	43
5.1	Empirische Befunde	51
5.2	Fallbeispiel zur Anwendung	74
6.0	DISKUSSION	80
7.0	ZUSAMMENFASSUNG	83

O.O Eigene Aufgabenstellung

Über die Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen oder Teile davon ist seit ihrer Konzeption an den verschiedensten Stellen berichtet worden. Versuche mit ihnen wurden an sehr unterschiedlichen Probandengruppen durchgeführt. Ein Großteil der Ergebnisse lag nur in Berichtform vor und war so der Öffentlichkeit nicht zugänglich. Somit waren die Skalen nur bedingt für wissenschaftliche Untersuchungen einsetzbar.

Mit dieser Arbeit sollen die bisherigen empirischen Befunde über die Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen gesammelt und in der Art eines Test-Manuals systematisch zusammengestellt sowie um Ergebnisse von einigen bislang noch nicht ausgewerten Untersuchungen angereichert werden. Dabei wird auch überprüft und diskutiert, wo die Skalen eingesetzt werden können und wo ihre Anwendungsgrenzen liegen.

1.0 VORGESCHICHTE UND KONZEPTION DER SYNDROMSPEZIFISCHEN SELBSTBEURTEILUNGS-SKALEN

1.1 Zunehmender Bedarf an psychopathometrischen Tests

Die Methode quantifizierender Untersuchungsverfahren ist in den letzten Jahren in der Psychiatrie mehr und mehr in den Vordergrund getreten. Das hat verschiedene Gründe. Bei psychischen Erkrankungen ist es oft schwierig, das Bild und das Ausmaß der Krankheit allein auf Grund der klinischen Beobachtung zu beschreiben. Weiter können zur Kontrolle des Therapieerfolges und des Krankheitsverlaufs quantifizierende Verfahren die klinische Beurteilung des Psychiaters wesentlich stützen. Hinzu kommt, daß durch objektive Verfahren die Subjektivität des untersuchenden Arztes eingeschränkt wird und damit vergleichende Untersuchungen zwischen Patienten möglich werden, deren Diagnosen von verschiedenen Ärzten oder in verschiedenen Kliniken gestellt wurden.

Um eine genaue und objektivere Einsicht in die seelischen Erkrankungen zu gewinnen, übernahm die Psychiatrie eine Zeit lang die psychometrischen Verfahren der Psychologie. Doch erwiesen sich diese für psychisch in stärkerem Maß gestörte Kranke als in der Abnahme sehr schwierig und langwierig. Weiter verlangt ihre Durchführung meist geschultes Personal, das nicht immer zur Verfügung steht.

So wurden kürzere und zur Messung seelischer Störungen spezifischere Verfahren notwendig. Diese Forderung erfüllen die von H.H. Wieck (1973, 1977, 1979) und seinen Mitarbeitern entwickelten psychopathometrischen Tests durch die vor allem das Ausmaß einer psychischen Störung festgelegt werden soll.

Die vorliegende Arbeit will ein Teilergebnis der psychopathometrischen Forschung vorstellen. Gemeint sind die Syndromspezifischen Selbsteinschätzungsskalen, unter deren Begriff fünf Tests zusammengefaßt sind.

1.2 Allgemeine Anforderungen an psychopathometrische Tests

Die Anzahl der Patienten, die mit den oft unspezifischen psychiatrischen Symptomen die Praxen der verschiedenen Facharztrichtungen aufsuchen, hat in letzter Zeit zugenommen. Dadurch ist das Bedürfnis an Screening-Verfahren größer geworden, derer sich auch der psychiatrisch nicht so erfahrene Arzt anderer Fachrichtung bedienen kann, um den Patienten möglichst schnell der richtigen Therapie zuzuführen. Aber auch für Psychiater, Psychologen und Neurologen sind Testverfahren eine Hilfe, wenn sie syndromspezifisch, ökonomisch, eindeutig zu beantworten und zu interpretieren sind. Die bisher öfter angewandten, sogenannten Omnibusverfahren, die einen großen Merkmalsbereich abdecken, eignen sich nur bedingt dafür; denn sie erfordern nicht nur vom Patienten eine "gesunde" Ausdauer, sondern bereiten auch Schwierigkeiten bei der Auswertung.

Der Einsatz von umfangreichen Testverfahren - wie zur Psychopathognostik erforderlich - ist für die psychopathometrischen Verlaufsuntersuchungen wegen der Belastung der psychisch gestörten Patienten und auch aus Zeitgründen nicht mehr vertretbar. Weiter ist zu fordern, daß die Testskalen valide und reliabel das Syndrom, z.B. Zykllothymie, messen, für das sie entwickelt

wurden. Da es sich meist um Patienten handelt, die teilweise sogar bettlägerig sind, können nur robuste und gegen äußere Störeinflüsse relativ unempfindliche Verfahren geeignet sein.

Ebenso wesentlich ist, daß eine Konzeption über den Zusammenhang zwischen dem zu untersuchenden psychopathologischen Konstrukt, also der Schwere der psychischen Störungen, und den zu erhebenden beobachtbaren Merkmalen ausgearbeitet ist. Wenn hierüber keine expliziten Annahmen vorliegen, wird man tentativ einen größeren Merkmalsbereich berücksichtigen. Dieses Vorgehen geht nicht nur auf Kosten der Ökonomie, sondern führt leicht zu falscher Einschätzung des Verlaufs der psychischen Erkrankung, wenn keine monotonen Zusammenhänge mit dem Schweregrad der betreffenden Störungen gegeben sind. Für die Zyklothymie hat Wieck entsprechende theoretische Konzepte entwickelt (s. 1.4).

1.3 Bisherige Selbstbeurteilungsverfahren

Die folgende Übersicht enthält die uns bekannten deutschsprachigen Selbstbeurteilungsverfahren. Die Mehrzahl dieser Verfahren mißt depressive Zustände, allgemeine somatische Mißempfindungen und psychovegetative Funktionsstörungen. Wir wollen nur Verfahren anführen, welche zum einen für Verlaufsuntersuchungen geeignet und zum anderen für deutschsprachige Verhältnisse entwickelt wurden. Hierbei sollen keine Übersetzungen aus dem fremdsprachigen Raum, die nicht wenigstens empirisch-methodisch an deutschsprachigen Verhältnissen geprüft worden sind, aufgezählt werden.

Beschwerden-Liste (BL)	D.v. Zerssen
Befindlichkeits-Skala (Bf-S)	D.v. Zerssen
Beschwerdebogen (BSB)	H. Zenz
Depressivitäts-Skala (DS)	D.v. Zerssen
Emotionalitätsinventar (EMI)	R. Ullrich, R. Ullrich de Muynck
Eigenschaftswörterliste (EWL-K)	W. Janke, G. Debus
Erlanger Angst-Spannungs- skala (EAS)	J.V. Galster
Erlanger Depressions- skala (EDS)	S. Lehl, A. Gallwitz
Eppendorfer Stimmungs- Antriebs-Skala (ESTA)	V. Supprian
Hamburger D-Skala (HD-S)	M.v. Kerekjarto
Kurzform des Persön- lichkeits-Q-Sort (KQS)	J. Helm
Mehrdimensionale Schmerz- Skala (MSS)	F.G. Röth, S. Lehl
Streßverarbeitungsfrage- bogen (SVF)	W. Janke, G. Erdmann, W. Boucsein
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stim- mung (SES)	R. Hampel
Bifaktorielles Stimmungs- Wortinventar (SWI - 2 F)	E. H. Bottenberg

Alle der hier aufgeführten Verfahren wurden aus den Test-
übersichten von R. Brickenkamp (1975), CIPS (1977) und
S. Lehl (1978) zusammengestellt.
Das Kriterium der Normierung erfüllen die folgenden
Skalen:

Hamburger-Depressions-Skala

Befindlichkeits-Skala

Beschwerden-Liste

Depressivitäts-Skala

Eppendorfer-Stimmungs-Antriebs-Skala

Erlanger Depressionsskala

Ferner:

Gießner Beschwerdebogen (Brähler und Scheer)

1.4 Entstehung und psychopathologische Konzeption der Syndromspezifischen Selbstbeurteilungsskalen

Das psychopathometrische Verfahren der Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen wurde vor allem nach den Elementarsymptomen der endogenen Depression, wie sie H.H. Wieck (1967) beschreibt, zusammengestellt. Da die darin herausgearbeiteten Syndrome aber auch bei ganz anderen somatischen Störungen - lediglich in anderer Ausprägung (vgl. A.Huber, 1967) - vorkommen, sind die Skalen auch für andere Zwecke einsetzbar. Depressive Syndrome können z.B. nach P. Kielholz eingeteilt werden in psychogene, zylothyme und somatogene Depressionen.

Nach H.H. Wieck (1967) ist die zylothyme Depression durch die depressive Elementarsymptomatik gekennzeichnet, die folgende sechs Syndromreihen umfaßt:

1. Elementargefühle:
Angstgefühl,
Schuldgefühl,
Traurigkeit
2. Gefühlsverarmung
3. Störungen der Erlebnisweisen:
vor allem Hemmung
4. Leibliche Mißempfindungen:
lokalisierte und allgemeine
Mißempfindungen
5. Vegetative Funktionsstörungen
6. Tagesschwankungen

1 und indirekt (über Selbstbeurteilung) auch 3 sollen mit der Erlanger Depressionsskala (EDS) erfaßt werden.

Wie schon erwähnt, machen nach H.H. Wieck (1967) Angstgefühl, Schuldgefühl und Traurigkeit die "Depressiven Elementargefühle" aus.

Angstgefühl

Die Angstgefühle werden mit den hier verwendeten Tests nicht direkt erfaßt. Z.B. das Item "ich kann mich nicht entscheiden" aus der EDS steht in Beziehung zu Angstgefühlen. Möglicherweise hemmen sie bei depressiven Patienten die Entscheidungsfähigkeit.

Schuldgefühl

Bestimmte Items der EDS befassen sich mit Äußerungen, die auf Schuldgefühle beruhen können. Die Meinung "ich glaube, ich kann nichts leisten" und "ich mag mich selbst nicht mehr" steht jedenfalls in enger Beziehung zu Schuldgefühlen. Es ist demnach zu erwarten, daß zykllothym depressive Patienten diese Statements bestätigen werden.

Traurigkeit

Auf das Elementarsymptom Traurigkeit gehen folgende Items der EDS ein: "ich möchte weinen", "ich bin traurig" und "ich möchte mir etwas antun".

Gefühlsverarmung

Die Gefühlsverarmung als weiteres depressives Elementarsyndrom wird mit den hier benutzten Testmethoden nicht direkt erfaßt. Sie ist aber daraus erschließbar, daß positive Gefühle (Fröhlichkeit, Wohlbefinden, Zuneigung) immer mehr abnehmen und negative Einstellungen überhand nehmen. Endlich ist die Gefühlsverarmung so weit fortgeschritten, daß die Patienten auch nicht mehr weinen und nicht mehr traurig sein können. Gleichzeitig sinkt aber die Fähigkeit zur Selbstbeurteilung, so daß sich ihre Ergebnisse in Depressions-Skalen wieder dem Normalwert nähern.

Störungen der Erlebnisweisen - vor allem Hemmung

Die Aussagen: "ich möchte etwas unternehmen" (negativ), "ich mag mich selbst nicht mehr", "ich kann mich nicht entscheiden" und "ich möchte mir etwas antun" zeigen die Einschränkung der Expansion in die Umwelt verbunden mit einer Wendung gegen sich selbst.

Anmerkung:

Die meisten bisher beschriebenen Skalen zum Erfassen depressiver Syndrome enthalten wesentlich mehr Items als die hier verwendete EDS. Zur Schweregradmessung sind jedoch nach dem Prinzip der homogenen Syndromdynamik (H.H. Wieck, 1967) einige wenige Items ausreichend. Nach dem Prinzip der homogenen Syndromdynamik besteht eine direkte Beziehung zwischen der Ausprägung der oben genannten Störungen und der Schwere des Gesamtsyndroms.

Die leiblichen Mißempfindungen sollen mit der "Schmerz-Kurz-Skala" (SKS) und der "Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen" (SasM) erfaßt werden.

Nach H.H. Wieck (1967) sind die leiblichen Mißempfindungen zykllothym depressiver Patienten als Wahrnehmungsstörungen aufzufassen. Meist werden diesbezügliche Beschwerden nicht als Schmerzen direkt angesehen, sondern als "Druckgefühl" oder "Engegefühl", oder es werden Umschreibungen gebraucht mit "wie wenn" oder "als ob". Häufig werden die Beschwerden als "arztgerechter Symptomenkomplex" (H.H. Wieck, 1967) hervorgebracht, indem je

nach dem Bildungsgrad des Patienten die Schmerzen dargestellt werden, als würden sie einem internistischen Krankheitsbild entsprechen. Mit Hilfe der Schmerz-Kurz-Skala ist allerdings keine so differenzierte Schmerzerfassung möglich. Es werden neun feststehende Adjektive angeboten, und die Schmerzlokalisation wird nicht erfaßt.

Dies ist aber nicht als weiter nachteilhaft anzusehen, da allgemeine Mißempfindungen ein besonders charakteristisches Syndrom der zyklischen Depression sind. Sie werden nicht lokalisiert, sondern als den ganzen Körper betreffende Störung erlebt (H.H. Wieck, 1967). Was die allgemeinen Mißempfindungen betrifft, ist anzunehmen, daß Statements wie "ein Druck lastet auf mir" oder "ich bin wie zugeschnürt" nur von zyklisch depressiven Patienten bestätigt werden. Das Item "ich bin unruhig" ist speziell auf die agitierte Depression zugeschnitten.

Die vegetativen Funktionsstörungen (5. Syndromreihe) soll mit der "Skala vegetativer Funktionsstörungen" (SVF) erfaßt werden.

Vegetative Funktionsstörungen gehören nach H.H. Wieck (1967) zur depressiven Elementarsymptomatik. H.H. Wieck (1967) führt als häufigste vegetative Symptome folgende auf:

- Schlaflosigkeit
- Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme
- Erlöschen der Libido
- Obstipation
- Schweißausbrüche
- Schwindelzustände
- Tachykardie

Mit Hilfe des Fragebogens werden alle eben genannten Symptome erfaßt mit Ausnahme des Libidoverlustes und der Schwindelzustände. Mit der Stärke der psychischen Symptome nehmen nach dem Gesetz der homogenen Syndromdynamik (H.H. Wieck, 1967) auch die vegetativen Störungen zu. Diese Korrelation bestätigen auch G.Hole und P. Graw (1973) in ihrer Untersuchung über somatische Symptome und Depressionstiefe. Es heißt dort: "Was bei den hier vorgelegten Ergebnissen bemerkenswert bleibt, ist jedenfalls das auch bei unterschiedlicher Depressionstiefe weitgehend gleichsinnige Verhalten des somatischen Syndromanteils zum psychischen Syndromanteil ...".

zu 6: Tagesschwankungen

Unter Tagesschwankungen versteht man das Zu- und Abnehmen des Schweregrades einer Psychose im Tagesverlauf (H.H. Wieck, 1967). Mit dem hier angewendeten Schema werden Schwankungen der Befindlichkeit im Tagesverlauf nur grob erfaßt. Es wird nur festgestellt, ob das Befinden morgens oder abends schlechter oder den ganzen Tag über gleichbleibend ist. Häufigere Schwankungen innerhalb des Tagesverlaufs werden zusätzlich festgehalten.

1.5 Rechtfertigung der Konstruktion - Vorzüge der Syndromspezifischen Selbstbeurteilungsskalen

Die Skalen sind sehr ökonomisch. Sie dürften am häufigsten zu einmaligen Schweregradmessungen und für Verlaufsuntersuchungen angewandt werden. Da sie der Patient

meistens selbständig ausfüllt, stellen sie an die Zeit und Erfahrung des Testleiters wesentlich geringere Anforderungen als andere Testtypen. Es handelt sich um Kurztests, deren Abnahmezeit meistens im Bereich weniger Minuten bis zu einer viertel Stunde liegt. Für die Auswertung benötigt der Testleiter oft nicht mehr als zwei bis drei Minuten. Für Verlaufsuntersuchungen hat die Kürze der Skalen den Vorteil, die Patienten nicht so stark zu belästigen und kurze Meßabstände zu ermöglichen.

Ihre Anwendung ist einfach und selbst psychisch erheblich gestörten Patienten zumutbar, ihre Auswertung ist weitgehend objektiv (s. 1.6). Für die Bewertung stehen teilweise Normwert-Tabellen von medizinisch unauffälligen, "gesunden" Erwachsenen", sowie Referenzwerte für verschiedene Patientengruppen aus klinischen Untersuchungen zur Verfügung.

Die meisten bisher beschriebenen Skalen enthalten wesentlich mehr Items als die hier verwendeten. Zur Schweregradmessung reichen jedoch nach dem Gesetz der homogenen Syndromdynamik (H.H. Wieck, 1967) einige wenige Items aus. Die Items stammen zum Großteil aus den Bereichen: Allgemeinbefinden, Vegetativum, Schmerzen und Emotionalität. Eine Reihe von Items betreffen "psychische" Beschwerden z.B. Unruhe und Einengung. Gefragt wird nach dem Ausmaß der Belästigung (z.B. nicht, kaum, einigermaßen, erheblich, stark) durch die Beschwerden, an denen die befragte Person leidet. Durch die abgestufte Antwortmöglichkeit haben auch Personen mit hoher Klagsamkeit die Möglichkeit, bestimmte Beschwerden als besonders belastend zu bezeichnen, eine Information, die bei Verwendung von Ja - Nein - Antworten verlorengehe.

Vor allem sei bemerkt, daß von den uns bekannten Meßverfahren keines auf die Konzeption des psychovegetativen Störablaufes zugeschnitten ist wie dieses Skalensystem, das auf die Mehrzahl der von H.H. Wieck (1967, 1977) konzipierten Syndromreihen der zykllothymen Depression ausgerichtet ist. Es werden für vegetative Funktionsstörungen, allgemeine und spezifische somatische Mißempfindungen, und depressive Verstimmungen je eigene Punktwerte erhoben und zusätzlich Tagesschwankungen erfaßt. So wurden in den Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen bei sowohl ökonomischer Form als auch relativ guter Differenzierung psychologische Symptome nach vorhandenen Syndromen geordnet, die Mediziner auf Grund von physiologischen Konzepten festgelegt hatten.

Die Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Verfahren sollen anschließend ausführlich dargestellt werden. Außerdem soll ein Überblick der bisherigen empirischen Befunde zu und mit diesen Skalen gegeben werden. Daraus ergeben sich schließlich Hinweise auf ihre Güteeigenschaften wie Reliabilität, Validität und auch klinische Brauchbarkeit.

Syndromspezifische Selbsteinschätzungs- Skalen

Patienten-Nr. _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____ Uhrzeit: _____ Beruf: _____

Bemerkungen: _____

bitte wenden

EDS

Schätzen Sie bitte Ihr Befinden ein. Setzen Sie hinter jeder der folgenden **Feststellungen** ein Kreuz in die Spalte, die Ihr Befinden am besten kennzeichnet.

Ein Kreuz in der Spalte „stimmt genau“ bedeutet **klare** Zustimmung zur links **stehenden** Feststellung. Nicht so klare Zustimmungen trägt man unter „fast richtig“ oder „nur halb richtig“ ein. Bei leichter Ablehnung der Feststellung wird „stimmt kaum“ angekreuzt und bei **klarer** Ablehnung „ganz falsch“.

	stimmt genau	fast richtig	nur halb richtig	stimmt kaum	ganz falsch
Ich möchte lustig sein					
Ich glaube, ich kann nichts leisten					
Ich möchte weinen					
Ich möchte etwas unternehmen					
Ich bin traurig					
Ich möchte mir etwas antun					
Ich fühle mich nicht wohl					
Ich mag mich selbst nicht mehr					
Ich kann mich nicht entscheiden					

	Gesamt	Faktor I	Faktor II
Punkte			

Wir möchten Sie hier über Ihr Befinden im Tagesverlauf befragen:

Besonders morgens geht es mir schlechter als abends

Ja

☐

Nein

☐

Besonders abends geht es mir schlechter als morgens

Ja

☐

Nein

☐

Mein Befinden bleibt im Verlauf des Tages gleich

Ja

☐

Nein

☐

Mein Befinden schwankt mehrmals während des Tages

Ja

☐

Nein

☐

SVF

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden Sie haben:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	nicht
Ich schlafe unruhig	☐	☐	☐	☐	☐
Schlaf erfrischt mich	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Mund ist trocken	☐	☐	☐	☐	☐
Ich esse gerne	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Gewicht nimmt ab	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Verstopfung	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Herzklopfen oder Herzjagen	☐	☐	☐	☐	☐
Ich schwitze, auch wenn ich nichts tue	☐	☐	☐	☐	☐
Mir kommen oft die Tränen	☐	☐	☐	☐	☐

Punkte:

Geben Sie bitte an, wie Ihnen zumute ist:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	nicht
Ich fühle mich matt					
Ein Druck lastet auf mir					
Ich bin wie zugeschnürt					
Ich bin unruhig					
Ich fühle mich eingeengt					
Ich fühle mich zerschlagen					

Punkte:

SKS

Meine Schmerzen sind:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	entfällt
Stark					
Stechend					
Blitzartig durchzuckend					
Ziehend					
Spitz					
Schwer					
Hartnäckig					
Überall vorhanden					
Stumpf					

Punkte:

	(AI)
	(OS)
	(TS)

(AI): allgemeine Schmerzintensität
(OS): Oberflächenschmerz
(TS): Tiefenschmerz

2.1 Material

Die erste Seite der syndromspezifischen Selbsteinschätzungs-Skalen besteht aus dem Vordruck für die Patientendaten und der allgemeinen Überschrift.

Auf der zweiten Seite ist die "Erlanger Depressionsskala" (EDS) mit einer Benutzungsanweisung für den Selbstbeurteiler dargestellt. Die EDS mißt "Selbstbeurteilte depressive Symptomatik", "Depressive Stimmung" und "Einschränkung der Expansivität".

Die Skala besteht aus neun Aussagen, deren Zutreffen vom Patienten in jeweils fünf Ausprägungsgraden eingeschätzt werden soll. Für die EDS besteht bereits ein Manual (S. Lehl, A. Gallwitz, 1977).

Auf Seite drei wird der Tagesverlauf erfaßt, darunter steht die "Skala für vegetative Funktionsstörungen" (SVF).

Befragung über den Tagesverlauf

Es wird mit vier Items festgestellt, ob das Befinden morgens oder abends schlechter oder den ganzen Tag über gleichbleibend ist.

Skala für vegetative Funktionsstörungen (SVF)

Diese Skala umfaßt neun vegetative Störungen, die bei einer psychiatrischen Erkrankung auftreten können.

Auf der letzten Seite sind die "Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen" (SaSM) und die "Schmerz-Kurz-Skala" abgebildet.

Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen (SasM)

Die Skala besteht aus sechs Feststellungen, die vom Patienten bestätigt oder abgelehnt werden sollen. Der Patient soll wie bei SVF und SKS auch angeben, ob die aufgeführte Beeinträchtigung für ihn im Augenblick sehr, ziemlich, mittel, wenig oder gar nicht zutrifft.

Schmerz-Kurz-Skala (SKS)

S. Lehl und F.G. Röth haben 1973 einen Fragebogen mit 25 Adjektiven als Selbstbeurteilungs-Skala erarbeitet, woraus 1976 die Schmerz-Kurz-Skala mit neun Schmerzigenschaften entwickelt wurde.

Die Reihenfolge der einzelnen Tests wurde unter dem Aspekt festgelegt, daß gerade für den psychisch dekompenzierten Patienten die Testsituation eine weit über die alltäglichen Forderungen hinausgehende Belastung darstellen kann. Die Reihenfolge mußte sich also vor allem danach richten, daß durch die Einfachheit der ersten Testaufgaben dem Patienten das nötige Selbstvertrauen und durch die Länge der Testdauer genügend Zeit zur Adaptation gegeben wird. Der Wille zum Ablegen des Tests muß nach entsprechenden Vorgesprächen vorausgesetzt werden.

2.2 Testabnahme

Die Abnahme der Skalen ist sehr einfach.
Dem Patienten werden das Testformular und ein Schreib-

stift mit der Bitte vorgelegt, sich die am Kopf des Formulars stehende Anweisung genau durchzulesen und dann mit dem Ausfüllen zu beginnen.

Das Testformular sollte dem Patienten mit folgender mündlicher Anweisung gegeben werden: Etwa: "Geben Sie bitte auf diesem Bogen an, wie Ihnen im Augenblick zu Mute ist. Bevor Sie beginnen, lesen Sie den Text durch. Wenn Ihnen etwas unklar ist, fragen Sie. Ansonsten können Sie gleich mit dem Ausfüllen beginnen".

Die erste Zeile des Tests (EDS, 1. Zeile) ist eine Übungszeile, die nicht ausgewertet wird. Hieran sollte der Testleiter allerdings kontrollieren, ob der Patient die Anweisung verstanden hat. Falls notwendig, ist am Beispiel dieser Zeile noch einmal zu erklären, wie die Skalen ausgefüllt werden sollen.

Der Fragebogen soll möglichst ohne Mithilfe des Testleiters vom Patienten selbst ausgefüllt werden, um eine Beeinflussung auszuschließen.

2.3 Besonderheiten bei der Abnahme

Bei endogenen Depressionen kommt es öfter vor, daß der Patient während des Ausfüllens aufhört oder gar den Testleiter darum bittet, ihm beim Ausfüllen zu helfen. In diesen Fällen sollte der Patient zunächst dazu ermuntert werden, die Tests weiterhin eigenständig auszufüllen. Nur wenn dies vergeblich ist, sollte der Testleiter helfend eingreifen. Der Patient hat beliebig viel Zeit zur Bearbeitung. Benötigt er dazu jedoch viel länger als durchschnittlich angenommen werden kann, darf er zu rascherem Arbeiten angespornt werden.

3.0 AUSWERTUNG

3.1 Allgemeines

Die Auswertung der Skalen (ausgenommen sind die "Tagesschwankungen") erfolgt nach einem Punktesystem, wobei bei Vorhandensein der Symptome je nach Ausprägung 1 - 4 Punkte gegeben werden. Fehlen des Symptomes wird immer mit 0 Punkten bewertet. Die Punktzahl der einzelnen Items einer Skala werden dann zur Gesamtpunktzahl (= Summen-Score) addiert. Der Summen-Score, der ja für jede der Skalen aus Anzahl und Ausprägungsgrad der vom Probanden als für sich zutreffend angegebenen Merkmale errechnet wird, ist ein Indikator für jeweils einen Symptomenkomplex der subjektiven Verfassung, der wiederum ein Hinweis auf das Ausmaß einer Erkrankung sein kann. Ein hoher Score weist jedenfalls auf eine psychische Störung hin, ein niedriger Score dagegen auf "Normalität". Weiter wird erwartet - und das ist der eigentliche psychopathometrische Aspekt - , daß der Gesamt-Score den Schweregrad des jeweiligen Zustandsbildes ausdrückt.

3.2 Auswertung der einzelnen Skalen

Erlanger Depressions-Skala (EDS)

Die angekreuzten Kästchen werden mit den aus der Abb.1 ersichtlichen Zahlen bewertet. Das 1. Item ist nicht auszuwerten, und die Bewertung des 4. Items erfolgt in umgekehrter Reihenfolge.

	stimmt genau	fast richtig	nur halb richtig	stimmt kaum	ganz falsch
Ich möchte lustig sein					
Ich glaube, ich kann nichts leisten	4	3	2	1	0
Ich möchte weinen	4	3	2	1	0
Ich möchte etwas unternehmen	! 0	1	2	3	4 !
Ich bin traurig	4	3	2	1	0
Ich möchte mir etwas antun	4	3	2	1	0
Ich fühle mich nicht wohl	4	3	2	1	0
Ich mag mich selbst nicht mehr	4	3	2	1	0
Ich kann mich nicht entscheiden	4	3	2	1	0

Abb. 1 Zahlenbewertung der Einstufungen pro EDS-Item
(aus: S. Lehl, A. Gallwitz, 1977)

	Gesamt	Faktor I	Faktor II
Punkte	I+II		

Das Statement "Ich möchte lustig sein" dient der Testperson als Übungsbeispiel und als Hinweis auf Simulationstendenzen, da selbst von endogen depressiven Patienten normalerweise meistens "stimmt genau" oder "fast richtig" angekreuzt wird.

Die EDS ist als zweidimensionale Skala zu interpretieren, denn verschiedene statistische Analysen der Aussagen, aus denen die EDS besteht, haben gezeigt, daß sie sich in zwei Faktoren aufteilen lassen. Jeweils vier Variablen markieren einen Faktor. Den ersten Faktor (angekreuzte Kästchen auf weißem Feld) bestimmen die folgenden Variablen:

ich fühle mich nicht wohl
ich bin traurig
ich glaube, ich kann nichts leisten
ich möchte weinen

den zweiten Faktor (angekreuzte Kästchen auf gestricheltem Feld) die restlichen Variablen:

ich möchte etwas unternehmen
ich mag mich selbst nicht mehr
ich kann mich nicht entscheiden
ich möchte mir etwas antun.

Der erste Faktor wird als "depressive Stimmung, depressive Zuständlichkeit" gedeutet, der zweite als "Einschränkung der Expansion in die Umwelt, verbunden mit einer "Wendung gegen sich selbst". (nach S. Lehl, R. Baer, F.G. Röth, 1975).

Die Gesamtpunktzahl setzt sich aus der Summe der Punktwerte in beiden Faktoren bzw. aus der Summe der Zahlen der angekreuzten Kästchen unabhängig vom gestrichelten oder weißen Feld zusammen.

Skala für vegetative Funktionsstörungen (SVF)

Die Skala besteht aus neun Feststellungen, die vom Patienten bestätigt oder abgelehnt werden sollen. Der Patient soll angeben, ob die aufgeführte Beeinträchtigung für ihn im Augenblick sehr, ziemlich, mittel, wenig oder gar nicht zutrifft. Die Antwort "sehr" wird mit vier Punkten "ziemlich" mit drei Punkten, "mittel" mit zwei Punkten, "wenig" mit einem Punkt und "nicht" mit null Punkten bewertet. Das 2. Item und das 4. Item werden in umgekehrter Reihenfolge gewertet (s. Abb. 2). Als Gesamtergebnis gilt die Summe der Einzelpunkte.

Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen (SasM)

Die Skala besteht aus sechs Feststellungen, die vom Patienten bestätigt oder abgelehnt werden sollen. Die Auswertung erfolgt wie bei der SVF, nur daß jetzt keine Items in umgekehrter Reihenfolge gewertet werden (s. Abb. 3).

SVF

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden Sie haben:

	sehr	ziem- lich	mittel	wenig	nicht
Ich schlafe unruhig	4	3	2	1	0
Schlaf erfrischt mich	0	1	2	3	4
Mein Mund ist trocken	4	3	2	1	0
Ich esse gerne	0	1	2	3	4
Mein Gewicht nimmt ab	4	3	2	1	0
Ich habe Verstopfung	4	3	2	1	0
Ich habe Herzklopfen oder Herzjagen	4	3	2	1	0
Ich schwitze, auch wenn ich nichts tue	4	3	2	1	0
Mir kommen oft die Tränen	4	3	2	1	0

Punkte: _____

Abb.2: Skala vegetativer Funktionsstörungen mit Punktwertung

SasM

Geben Sie bitte an, wie Ihnen zumute ist:

	sehr	ziem- lich	mittel	wenig	nicht
Ich fühle mich matt	4	3	2	1	0
Ein Druck lastet auf mir	4	3	2	1	0
Ich bin wie zugeschnürt	4	3	2	1	0
Ich bin unruhig	4	3	2	1	0
Ich fühle mich eingeengt	4	3	2	1	0
Ich fühle mich zerschlagen	4	3	2	1	0

Punkte: _____

Abb.3: Skala allgemeiner somatischer Mißempfindungen mit Punktwertung

Schmerz-Kurz-Skala (SKS)

Die Schmerz-Kurz-Skala besteht aus neun Schmerzaussagen. Die einzelnen Schmerzqualitäten der Skala kann man nach ihrer Art in drei Gruppen zusammenfassen:

1. Allgemeine Schmerzintensität = stark
2. Schmerzen mit Oberflächenqualität, mit den Kennzeichen:

stechend
blitzartig durchzuckend
ziehend
spitz

3. zum Tiefenschmerz gehörende Mißempfindungen, mit den Kennzeichen:

schwer
überall vorhanden
hartnäckig
stumpf

Die Eigenschaft "stark" umschreibt die allgemeine Schmerzintensität unabhängig von der Schmerzqualität. Der Patient soll angeben, ob die aufgeführten Beeinträchtigungen für ihn sehr, ziemlich, mittel oder wenig zutreffen oder entfallen. Die Antwort "sehr" wird jeweils mit 4 Punkten, "ziemlich" mit 3 Punkten, "mittel" mit 2 Punkten, "wenig" mit 1 Punkt und "entfällt" mit 0 Punkten bewertet (s. Abb. 4). Als Gesamtergebnis gilt die Summe der Einzelpunkte.

Meine Schmerzen sind:

	sehr	ziem- lich	mittel	wenig	entfällt
stark	4	3	2	1	0
stechend	4	3	2	1	0
blitzartig durch- zuckend	4	3	2	1	0
ziehend	4	3	2	1	0
spitz	4	3	2	1	0
schwer	4	3	2	1	0
hartnäckig	4	3	2	1	0
überall vorhanden	4	3	2	1	0
stumpf	4	3	2	1	0

Abb. 4: Die Schmerz-Kurz-Skala mit Punktwertung

Tagesschwankungen

Für die Tagesschwankungen werden keine zusammenfassenden Werte ermittelt. Deshalb werden sie unter Interpretation (s. dazu 4.0) behandelt.

4.0 INTERPRETATION

Für die Interpretation der EDS-Ergebnisse wird von
S.Lehrl und A.Gallwitz folgende Einteilung vorgeschlagen:

EDS-Gesamt

Punktzahl	selbstbeurteilte depressive Symptomatik
0 - 5	keine
6 - 9	fraglich
10 - 16	leicht
17 - 24	mittel
25 - 32	schwer

Faktor I

Punktzahl	depressive Stimmung
0 - 3	keine
4 - 5	fraglich
6 - 9	leicht
10 - 13	mittel
14 - 16	schwer

Faktor II

Punktzahl	Einschränkung der Expan- sivität
0 - 2	keine
3 - 4	fraglich
5 - 7	leicht
8 - 10	mittel
11 - 16	schwer

Tagesschwankungen

Die Tagesschwankungen können in eine Punktwertung nicht mit einbezogen werden (s. dazu auch Probleme der Normierung). Ganz allgemein kündigen sie ein wichtiges, wenn auch nicht obligatorisches Elementarsyndrom der zyklischen Depression an. Ihre Bedeutung ist also mehr im weiteren klinischen Zusammenhang zu sehen (s. dazu auch Profildarstellung der Rohpunkte). Man stellt fest, ob das Befinden im Tagesverlauf gleich bleibt, einer einmaligen oder mehrmaligen Änderung obliegt. Eine weitere Interpretation richtet sich nach dem Zweck der Untersuchung (vgl. auch empirische Befunde).

Für die Interpretation der weiteren Ergebnisse wird in Anlehnung an die Handhabung der EDS folgende Einteilung vorgeschlagen:

SVF: (s.a. 4.2)

Punktzahl	selbstbeurteilte vegetative Symptomatik
0	keine
1 - 9	wenig
10 - 18	mittel
19 - 27	ziemlich
28 - 36	sehr stark

SasM:

Punktzahl	selbstbeurteiltes allgemeines somatisches Mißempfinden
0	keine
1 - 6	wenig
7 - 12	mittel
13 - 18	ziemlich
19 - 24	sehr

SKS:

<u>Punktzahl</u>	<u>selbstbeurteilte allgemeine Schmerzintensität (+)</u>
0	keine
1	wenig
2	mittel
3	ziemlich
4	sehr

<u>Punktzahl</u>	<u>selbstbeurteilte Oberflächen- schmerzintensität (++)</u>
0	keine
1 - 4	wenig
5 - 8	mittel
9 - 12	ziemlich
13 - 16	sehr

<u>Punktzahl</u>	<u>selbstbeurteilte Tiefen- schmerzintensität (+++)</u>
0	keine
1 - 4	wenig
5 - 8	mittel
9 - 12	ziemlich
13 - 16	sehr

- also wie bei der Oberflächenschmerzintensität -

- (+) = bezieht sich auf das 1. Item
 (++) = bezieht sich auf die Items 2, 3, 4, 5.
 (+++) = bezieht sich auf die Items 6, 7, 8, 9.

Bei wiederholter Anwendung der Skalen nachweisbare Veränderungen eines Test-Score zeigen subjektive Zustandsänderungen an. Ansteigende Werte deuten auf zunehmende Beeinträchtigung, ein Absinken derselben auf Besserung des Befindens hin. Bei anfänglich stark erhöhten Werten bedeutet ein Absinken eine Normalisierung, bei eher niedrigen Werten eventuell eine krankhafte Stimmungsveränderung in Richtung auf (Hypo-)Manie. Bei mehrfacher Testwiederholung läßt ein Auf und Ab der Skalenwerte auf Befindensschwankungen schließen, die bei starkem Ausmaß selber krankhaften Charakter haben können.

4.1 Anwendungsbereich

Weder einzeln noch gemeinsam angewendet können die Syndromspezifischen Selbsteinschätzungsskalen eine psychiatrische bzw. klinisch-psychologische Untersuchung vollwertig ersetzen. Sie sollten deshalb nur für ein grobes "Screening", für die experimentelle Prüfung von Hypothesen und als diagnostische Hilfsmittel bei klinischen Untersuchungen eingesetzt werden. Der Begriff "diagnostisch" wird hier aber im Sinne der "Psychodiagnostik" (s. Meili, 1965) d.h. der psychologischen Abklärung und nicht der nosologischen Klassifikation eines Falles (s. v. Zerssen, 1973) verstanden. Nur mit Hilfe der Skalen psychiatrische Diagnostik treiben zu wollen hieße, den Aussagewert klinischer Selbstbeurteilungs-Skalen (nicht nur der hier vorgestellten) beträchtlich zu überschätzen. Aus demselben Grunde muß vor dem Versuch gewarnt werden, auf der Basis von Skalenwerten eine neue Nosologie aufzubauen (s. v. Kerekjarto u. Lienert, 1970).

Der eigentliche Anwendungsbereich der Skalen liegt vielmehr in der Objektivierung und Quantifizierung des "subjektiven Befundes" in Querschnitt- und/oder Längsschnittuntersuchungen. Über die Dokumentation einzelner Beschwerden hinaus ermöglichen die Testprotokolle die Bildung von Skalenwerten für ganze Beschwerdenkomplexe, die faktoriell differenzierbar und klinisch interpretierbar sind.

Je nach Art der Fragestellung können die Skalenwerte verschiedenen Zwecken dienen. Bei Längsschnittuntersuchungen eignen sich die Skalenwerte speziell für die Verlaufsbeschreibung subjektiver Zustände. Dabei besteht die Möglichkeit, Modifikationen des Verlaufs durch verschiedene Faktoren (u.a. Behandlungsmaßnahmen, etwa pharmakologische, psychotherapeutische oder verhaltenstherapeutische Ein-

wirkungen) zu prüfen. Für die Beurteilung des Verlaufs stationärer Behandlungen von psychiatrischen Patienten bildet die Anwendung der kompletten Testreihe sowohl an den ersten Tagen nach der Aufnahme wie an den letzten Tagen vor der Entlassung und die zwischenzeitliche Anwendung ein Optimum.

Außer für Verlaufsbeobachtungen gelten als Hauptanwendungsgebiete der Skalen:

- die Erkennung depressiver Syndrome
- die Differenzierung der Schweregrade (bei zyklischen Depressionen scheinen sich nur die Abschnitte der leichten und mittelschweren Ausprägung differenzieren zu lassen)
- die Aufzeichnung von Veränderungen bei Gefühls-, Stimmungs- und Empfindungserlebnissen
- in Kombination mit anderen Verfahren, wie Leistungstests, die Trennung verschiedener Depressionstypen. Beispielsweise zeigen sich bei depressiv getönten Durchgangssyndromen relativ hohe Leistungsausfälle, die mit relativ geringen Punktzahlen in Selbstbeurteilungsskalen einhergehen, und bei endogenen Depressionen mit gleichen Leistungsausfällen hohe Gesamtpunktzahlen in den Selbstbeurteilungsskalen.

4.2 Anwendungsgrenzen und Geltungsbereich

Gerade in der Anwendung auf psychiatrische Fragestellungen sind den Tests enge Grenzen gesetzt.

Zum einen verändern sich die in den Selbstbeurteilungsskalen erfragten Mißstimmungen, Mißempfindungen und Befindensstörungen durchaus nicht immer proportional zum Schweregrad des Gesamtsyndroms oder der Psychose. So wie-
sen bei endogenen Depressionen Lehrl et al. (1977) nach, daß zwischen dem Schweregrad der Depression und der Punktzahl in der EDS kein linearer, sondern ein u-förmiger Zusammenhang besteht, d.h., daß ein Patient, der in der Selbsteinschätzungsskala nur eine geringe Punktzahl erzielt, entweder wenig oder sehr schwer depressiv ist. Vom Abschnitt der sehr leichten bis zur mittelschweren oder gar schweren endogenen Depression steigen die Werte der EDS und ähnlicher Selbstbeurteilungsskalen und nehmen - anscheinend paradox - schließlich zur sehr schweren Depression wieder ab. Bei sehr schweren und extrem schweren Depressionen, nicht selten durch das klinische Erscheinungsbild des Stupors gekennzeichnet, sind Selbstbeurteilungsverfahren nicht mehr abnehmbar. Das Absinken der Depressionswerte von der schweren zur sehr schweren Depression läßt sich durch die Abnahme der affektiven Schwingungsbreite erklären: Der Patient erlebt sich in diesen Stadien zusehends entleerter, und dabei wird er unfähig, überhaupt noch Mißgefühle wie Angst und Trauer zu erleben; gleichzeitig nimmt allerdings seine innere Hemmung zu und, davon abhängig, seine Leistungsfähigkeit ab. Er wird immer unfähiger mit seiner Um- und Mitwelt zu interagieren. Schweregradmessungen mit der EDS wie auch den anderen Selbstbeurteilungsskalen, in denen depressive Gefühle und Stimmungen eingeschätzt werden sollen, sind ohne Zusatzwissen nicht richtig inter-

	sehr leichtes D - S	leichtes D - S	mittel schweres D - S	sehr schweres D - S
Median	9,9	8,6	8,5	6,0
Streuung (QA)	5,5	4,69	4,0	3,3

Abb. 5 a : Mediane und Streuungen der SVF-Werte in Abhängigkeit vom Schweregrad der Funktionspsychose

	sehr leichtes D - S	leichtes D - S	mittel schweres D - S	sehr schweres D - S
Median	8,0	6,67	4,0	4,4
Streuung (QA)	7,0	6,35	4,75	4,6

Abb. 5 b : Mediane und Streuungen der SasM-Werte in Abhängigkeit vom Schweregrad der Funktionspsychose

	sehr leichtes D - S	leichtes D - S	mittel schweres D - S	sehr schweres D - S
Median	9,9	8,6	8,5	6,0
Streuung (QA)	5,5	4,69	4,0	3,3

Abb. 5 a : Mediane und Streuungen der SVF-Werte in Abhängigkeit vom Schweregrad der Funktionspsychose

	sehr leichtes D - S	leichtes D - S	mittel schweres D - S	sehr schweres D - S
Median	8,0	6,67	4,0	4,4
Streuung (QA)	7,0	6,35	4,75	4,6

Abb. 5 b : Mediane und Streuungen der SASM-Werte in Abhängigkeit vom Schweregrad der Funktionspsychose

pretierbar. Sie gelten eigentlich nur für die Abschnitte des fraglichen, leichten und mittelschweren bis höchstens schweren Depressionszustandes.

Weiter setzen Selbstbeurteilungsverfahren voraus, daß der betroffene Patient in der Lage ist, sich sprachlich zu beurteilen. Dies trifft im allgemeinen auch nicht zu für schwere pharmakogene Durchgangssyndrome oder pharmakologisch so beeinflusste Menschen, daß der Testablauf nicht mehr garantiert ist. (Z.B. durch Antidepressiva hervorgerufene Akkomodationsstörungen führen dazu, daß dem Patienten Texte vor den Augen verschwimmen. Sollte er über derartige Beschwerden klagen, sind die Ergebnisse mit gewisser Vorsicht zu beurteilen); Patienten mit zu starken Schmerzen, (letztere sind zu sehr abgelenkt) und unterdurchschnittlich intelligente Personen. So weisen D.v. Zerssen (1975), J. Fahrenberg, H. Selg u. R. Hampel (1973), R.R. Engel (1978) und W. Janke u. G. Debus (1978) darauf hin, daß Selbstbeurteilungen nur beim Mindest-IQ 80 bis 90 gültige Ergebnisse erwarten lassen.

Die zusätzliche Anwendung eines kurzen verbalen Intelligenz-Tests (zum Ausschluß von minderbegabten, gedanklich stark verwirrten oder unzureichend kooperativen Probanden) ist also grundsätzlich - wie bei allen anderen Selbstbeurteilungs-Skalen auch - zu empfehlen.

Die Testvoraussetzungen werden ebenso nicht erfüllt von Kindern oder Erwachsenen, die der angewandten Sprache nicht mächtig sind.

4.3 Möglichkeiten der Fehlbeurteilung

Bei unseren Tests fällt es nicht schwer, die Ergebnisse mehr oder weniger bewußt zu verfälschen. So wird ein Patient, der gerne entlassen werden möchte, geringe Beschwerden schildern, d.h. er wird dissimulieren. Ebenso leicht ist es, depressive Symptome zu simulieren. Extrem niedrige Werte können aber auch durch einen Zustand abnorm gesteigerten subjektiven Wohlbefindens etwa unter Drogenwirkung oder bei einer endogenen hypomanischen Verstimmung auftreten.

Für Begutachtungszwecke kommen also die Fragebögen - wie alle Selbstbeurteilungsverfahren - nur mit Einschränkung in Frage, da hier eher mit absichtlichen Verfälschungstendenzen zu rechnen ist, als bei therapeutisch ausgerichteten klinischen Untersuchungen. Der Gutachter sollte sich ihrer deshalb nur als Verfahren der Exploration und Verlaufsdiagnostik und nicht als Tests im Sinne genormter Untersuchungsinstrumente bedienen.

Wie bei allen Selbstbeurteilungs-Skalen (s. Edwards, 1957; Jackson u. Messick, 1962; Mukherjee, 1966; Sarason, 1960) werden auch bei diesen die Testwerte von Beantwortungstereotypen beeinflusst. Dieser Einfluß sollte aber nicht überschätzt werden (s. D.P. Goldberg, 1972; Hase u. L.R. Goldberg, 1967; Rorer, 1965); denn die klinische Validität der Skalen, die empirisch gut belegt ist, läßt sich mit der Annahme, die Skalenwerte seien vornehmlich Ausdruck eines persönlichkeitspezifischen Antwortstils, nicht in Einklang bringen.

Eine Kontrolle von Beantwortungs-Stereotypen ist zudem durch die Beachtung von Auffälligkeiten in der Benutzung bestimmter Beantwortungs-Rubriken gegeben. Beispielsweise

ist eine Tendenz, einer entschiedenen Stellungnahme auszuweichen, am bevorzugten Ankreuzen indifferenter Rubriken wie "kaum", "fast" oder "nur halb richtig" zu erkennen.

Eine Ja-Sage-Tendenz läßt sich, wie ihr Gegenteil ebenso leicht ablesen und ist wegen der gegensätzlichen Anordnung der Testfragen immer verdächtig.

Eine weitere Fehlerquelle besteht, wenn man von den Testwerten auf das Gesamtsyndrom oder die Bedingungen der Symptomatik schließen will. Hierzu sind Zusatzinformationen nötig, wie man sie beispielsweise durch Leistungstests für endogene Depressionen erhält. Ohne derartige Zusatzinformationen resultieren oft mit dem sonstigen Eindruck wenig vereinbare Befunde. Dies ist z.B. der Fall, wenn ein Patient, übereinstimmend mit dem klinischen Bild, angibt, sich morgens immer sehr depressiv zu fühlen, nachmittags aber nur in mittelschwerem Zustand zu sein, und wenn aber die Selbsteinschätzungswerte morgens jeweils niedriger liegen als abends.

Auch bei der stationären Aufnahme von Patienten stellt man häufig fest, daß ihre Ergebnisse in Selbsteinschätzungs-Skalen anfänglich wider Erwarten niedriger liegen als nach zwei- bis dreiwöchiger medikamentöser Behandlung. Dies ist allerdings ebenfalls erklärlich, wenn man bedenkt, daß bei sehr schweren Depressionen oft nur die Gesamtpunktzahlen von Patienten mit leichten bis mittelschweren Depressionen erreicht werden (s. a. 3.1).

Weitere Möglichkeiten der Fehlbeurteilung durch den Einfluß von Medikamenten sollen folgende Beispiele geben: H.H. Wieck (1967) schreibt, daß 95 % aller depressiven Patienten über Schlafstörungen berichten. Nach unseren

Skalen liegen die empirischen Werte etwas niedriger (Huber).

Der Unterschied beruht wahrscheinlich darauf, daß den Patienten durch die tägliche Einnahme von Schlaftabletten in der Klinik der sonstige Zustand hartnäckiger Schlaflosigkeit nicht mehr so bewußt ist.

Die häufig vorgebrachte Mundtrockenheit ist mit auf die Behandlung mit trizyclischen Antidepressiva zurückzuführen, ebenso das häufig geklagte Schwitzen.

Auch Verstopfung und Herzklopfen treten manchmal als Nebenwirkung der Antidepressiva auf.

4.4 Einflußgrößen auf die Testergebnisse

In die Ergebnisse unserer Tests gehen möglicherweise Einflüsse zusätzlicher Größen ein. Diese Größen werden als "Moderatorvariablen" bezeichnet. Bei Selbstbeurteilungsverfahren scheinen die wichtigsten:

Alter, Intelligenzniveau und Geschlecht.

Sie scheinen jedoch nicht so gravierend zu sein, daß ihretwegen getrennte Normierungen eingeführt werden müßten.

4.5 Normierung

Viele Symptome, die in den Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen angesprochen werden, kommen auch bei medizinisch unauffälligen Personen vor. Die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens verändert sich im Laufe der Tage und Wochen. Bei unseren Messungen geht es in erster Linie nur darum, dieses Vorkommen beschreibend festzuhalten und seine Variationen im Verlauf zu verfolgen.

Um die Ergebnisse besser verbal mitteilen zu können, neigt man zur verbalen Klassifikation. Dabei lehnen wir uns sehr eng an die Aussagen der Person an:

Ein Item wird mit der Punktzahl 0 bewertet, wenn nicht oder gar keine Beschwerden angegeben werden.

Wie normal ist das im statistischen Sinne ?

Es gibt verschiedene Betrachtungen der Norm:

1. Idealnorm:

Soll die Idealnorm zutreffen, dann darf kein einziges Störungssymptom vorhanden sein.

2. Effektivnorm:

Unter die Effektivnorm fallen auch Störungssymptome, die man noch als medizinisch unauffällig betrachtet. Hier ergibt sich dann die Schwierigkeit zu entscheiden, was medizinisch auffällig ist.

3. Statistische Norm:

Hierbei stellt man Personen, die medizinisch unauffällig sind, medizinisch auffälligen gegenüber. Ferner werden die Trennwerte (cutting points) ermittelt, um Einzelpersonen einer der Gruppen zuordnen zu können.

4. Ipsative Norm (Cattell):

Vergleich der Person mit sich selber (z.B. vor 2 Wochen). Es gibt Patienten, die vom Trend beobachtet verglichen mit anderen, unter starken Beschwerden leiden, sich dessen aber nicht so bewußt sind und keinen Arzt aufsuchen würden, es sei denn, ihr Zustand verschlimmert sich. Andere Patienten haben kaum Beschwerden, suchen aber gleich einen Arzt auf.

Schwierigkeit:

Man muß die zu untersuchende Person einen längeren Zeitraum kennen und eine Verlaufsbeobachtung durchführen.

Wir halten für eine allgemeine Orientierung die statistische Norm als die günstigste.

Die Quellen dafür zogen wir u.a. aus den empirischen Befunden, die unter 5.1 behandelt werden.

5.0 ERGEBNISSE

Es wurden mit den Syndromspezifischen Selbstbeurteilungsskalen verschiedene Studien durchgeführt, deren Ergebnisse man unter dem Gesichtspunkt der Validität betrachten kann. So wurde mit den Skalen versucht, verschiedene Personengruppen zu trennen (z.B. Huber, Funktionspsychose - Depressionen; Doelken, medizinisch unauffällige Personen - Patienten einer Allgemeinpraxis usw.) und verschiedene Variablen zu korrelieren.

	Normalpersonen Studie Dölken 1979 n = 42		Patienten einer Allgemeinpraxis ohne psychovegetat. Allgemeinstörungen Studie Dölken 1979 n = 210		Patienten einer Allgemeinpraxis mit psychovegetat. Allgemeinstörungen Studie Dölken 1979 n = 144	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
EDS ges.	2,88	2,18	3,37	2,74	9,50	6,34
F I	1,64	1,60	2,15	2,06	6,47	3,99
F II	1,24	1,19	1,20	1,32	3,12	3,04
SasM	3,67	3,27	2,50	2,53	9,22	5,69
SVF	5,26	3,70	5,69	3,74	12,87	5,87
SKSAI	0,36	0,80	0,93	1,29	1,62	1,49
SKSOS	1,26	2,05	1,18	1,78	2,56	2,54
SKSTS	0,76	1,54	1,04	2,08	2,65	2,87

Überblick der Lage- und Streuungsstatistiken von Untersuchungen, in denen die Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen oder Teile daraus angewandt wurden. An den angegebenen Stellen stehen nähere Beschreibungen der Untersuchungspersonen und Umstände

Herzinfarkt- O-4 Tg.nach Infarkt- ereignis Studie Greiner 1979 n = 57	Alterspatienten mit Unruhezuständen Studie Blaha 1978/79 n = 25	Endogene Depressionen Wieck, Blaha, Zerglein, Lehrl 1977 n = 20
---	--	--

	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
EDS	-	-	-	-	18,72	8,46
SasM	2,67	4,45	6,8	7,96	9,61	7,57
SVF	3,06	2,89	8,35	9,04	14,89	7,30
SKS	-	-	-	-	4,28	6,17

Patienten mit depressiver Symptomatik bei verschied. Ursachen
Studie Blaha, (Tranxene-Pilot) 1979
n = 11

Endogen depressive Patienten
Studie Huber 1977
n = 40

Patienten mit Durchgangssyndrom verschied. Ursachen
Studie Huber 1977
n = 40

	$\bar{x}$	s	Median ⁺	mittleres ⁺ Quartil	Median ⁺	mittleres ⁺ Quartil
EDS	16,36	7,6	18,0	4,5	6,1	3,5
SasM	12,27	6,9	10,5	5,9	5,5	4,8
SVF	13,36	7,28	15,5	3,4	10,5	5,3
SKS	3,45	8,66	3,8	5,6	0,4	5,6

+ = nur Median und mittleres Quartil vorhanden

Durchgangs-Syndrome infolge Hypoxidosen
Studie Burkard, Blaha 1978

n = 56

	sehr leichtes Median ⁺	mittl. Quartil ⁺	leichtes Median ⁺	mittl. Quartil ⁺	mittel schweres Median ⁺	mittl. Quartil ⁺	sehr schweres Median ⁺	mittl. Quartil ⁺
EDS	-	-	-	-	-	-	-	-
SasM	8,0	7,0	6,67	6,35	4,0	4,75	4,4	4,6
SVF	9,9	5,5	8,6	4,69	8,5	4,0	6,0	3,3
SKS	-	-	-	-	-	-	-	-

+ = nur Median und mittleres Quartil vorhanden

Patienten mit Durchgangs-Syndromen infolge zerebraler Hypoxidose

Studie Blaha, Erzigkeit (Vincamin) 1976 n = 30	Studie Blaha 1979 (Sermion) n = 44	Studie Blaha 1979 (Buflomedil) n = 31	Pat.m.akuten Schizophrenie- schüben Studie Blaha 1979 (Haloperidol) n = 33
---	--	---	---

	Median ++	Median ++	Median ++	Median ++
EDS	8,75	-	11,0	-
SasM	-	3,8	2,5	-
SVF	-	6,2	7,8	10,9
SKS	0	-	0,3	-

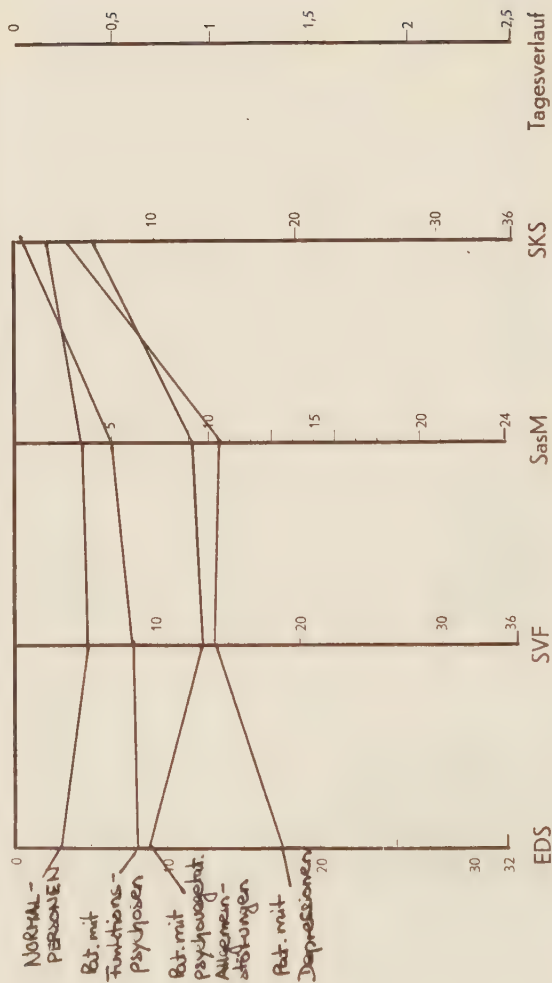
++ = Nur Mediane vorhanden

Alle hier aufgeführten Ergebnisse wurden den Tests unmittelbar vor der ersten Medikamenten-
applikation entnommen.

Adipöse Patienten, Studie Erzigkeit 1978 - Gesamt n = 349

	Pat., die von einer chir. Abmagerungs- behandlung ab- gewiesen worden waren (weniger als 100 % Übergew. nach Broca)	Pat.m.mehr als 100 % Übergew. die auf die War- teliste des Chir. gesetzt worden waren	Pers. m. we- niger als 20 % Übergew.	Pers. zwischen 20 und 50 % Übergewicht	Pers. mit mehr als 50 % Über- gewicht
	$\bar{x}$ s	$\bar{x}$ s	$\bar{x}$ s	$\bar{x}$ s	$\bar{x}$ s
EDS	12,4 7,3	12,7 6,8	8,5 6,0	8,9 5,6	9,2 8,2
SasM	11,8 6,4	12,1 6,3	7,0 7,0	7,6 5,9	8,1 8,1
SVF	13,8 6,5	13,8 5,9	8,4 6,1	11,2 4,9	12,8 5,5

Syndromspezifische Skalen: Profildarstellung der Rohpunkte



Name:
Alter:
Diagnose:

Datum:
Geschlecht:
Bemerkungen:

IQ:

5.1 Die Ergebnisse von Robert Dölken

Dölken untersuchte in einer Allgemeinpraxis 354 Patienten u.a. mit der SVF und SasM auf psychovegetative Allgemeinstörungen. Zusätzlich testete er mit den Skalen 42 gesunde Versuchspersonen.

Die Auswertung ergab, daß eine Gesamtpunktzahl von sieben Punkten den optimalen Trennpunkt zwischen Patienten und Normalpersonen bei der SVF darstellt. Es lagen 81 % der Normalpersonen unter sieben Punkten, während nur 14 % der Patienten mit psychovegetativen Allgemeinstörungen unter sieben Punkten hatten. Da 86 % der Patienten über sieben Punkten lagen, kann man den Schluß ziehen, daß ab einer Punktzahl von sieben mit der angegebenen Wahrscheinlichkeit behandlungsbedürftige vegetative Störungen vorliegen.

Keine so gute Übereinstimmung mit der ärztlich gestellten Diagnose zeigte das Ergebnis der SasM. Wenn man den cutting point (Trennpunkt auf einer Kurve vor dem und nach dem - in diesem Fall - möglichst viele Personen einer, der durch ein Kriterium (hier Arzturteil) als richtig festgelegten Gruppe, zugeordnet werden können) bei sechs Punkten zugrunde legt, so ergibt sich nur eine Übereinstimmung von 66 % mit der ärztlichen Diagnose.

Dölken schließt also aus seiner Auswertung der beiden Skalen, daß sich mit der SVF psychovegetative Allgemeinstörungen erheblich besser erfassen lassen als mit der SasM.

Die Begründung hierfür sieht er darin, daß der Patient seine Beschwerden besser abschätzen kann, wenn die einzelnen Items mehr organbezogene Beschwerden beinhalten

als Aussagen über Empfindungen.

Auch bei der praktischen Durchführung seiner Arbeit zeigte es sich, daß Patienten häufig mit der Ausfüllung der SasM Schwierigkeiten hatten.

Dölken: (Zitat): "Durch unsere Untersuchung wollten wir feststellen, ob sich Selbsteinschätzungsskalen zur Erfassung von vegetativen Störungen eignen. Die gute Übereinstimmung der Ergebnisse der SVF mit der ärztlichen Beurteilung läßt einen Weg erkennen, die durch Anwendung entsprechender Skalen dem Arzt eine Hilfestellung bei der Diagnose und der Verlaufskontrolle vegetativer Störungen gegeben werden kann".

Punktzahlen	Normalpersonen	Patienten
bis einschl. 6	30 = 71 %	13 = 9 %
über 6	12 = 29 %	129 = 91 %
bis einschl. 7	34 = 81 %	20 = 14 %
über 7	8 = 19 %	122 = 86 %
bis einschl. 8	35 = 83 %	31 = 21 %
über 8	7 = 17 %	111 = 79 %

Tab. 1: Anteil von Patienten und Normalpersonen bei der SVF bis einschließlich 6, 7 und 8 Punkten und jeweils darüber

Punktzahlen	Normalpersonen	Patienten
bis einschl. 6	35 = 83 %	49 = 34 %
über 6	7 = 17 %	94 = 66 %
bis einschl. 7	39 = 93 %	58 = 41 %
über 7	3 = 7 %	84 = 59 %
bis einschl. 8	39 = 93 %	66 = 46 %
über 8	3 = 7 %	76 = 54 %

Tab. 2: Anteil von Patienten und Normalpersonen bei der SasM bis einschließlich 6, 7 u. 8 Punkten und jeweils darüber

Punktzahl	Anzahl der Patienten	% - Anteil
0	0	0,00
1	0	0,00
2	2	1,40
3	2	1,40
4	2	1,40
5	2	1,40
6	5	3,52
7	7	4,92
8	11	7,74
9	12	8,45
10	13	9,15
11	8	5,63
12	8	5,63
13	11	7,74
14	3	2,11
15	10	7,09
16	7	4,92
17	12	8,45
18	2	1,40
19	2	1,40
20	4	2,80
21	5	3,52
22	5	3,52
23	4	2,80
24	0	0,00
25	2	1,40
26	0	0,00
27	2	1,40
28	1	0,70

Tab. 3: Häufigkeitsverteilung der Gesamtpunktzahlen
der SVF bei Patienten

Punktzahl	Anzahl der Patienten	%-Anteil
0	6	4,22
1	3	2,11
2	7	4,92
3	10	7,04
4	6	4,22
5	7	4,92
6	10	7,04
7	9	6,33
8	8	5,63
9	13	9,15
10	7	4,92
11	4	2,81
12	14	9,85
13	7	4,92
14	6	4,22
15	5	3,52
16	6	4,22
17	1	0,80
18	4	2,81
19	2	1,40
20	1	0,80
21	1	0,80
22	1	0,80
23	3	2,11
24	1	0,80

Tab. 4: Häufigkeitsverteilung der Gesamtpunktzahlen bei der SasM bei Patienten

Punktzahl	Anzahl der Patienten	%-Anteil
0	1	2,38
1	5	11,90
2	2	4,76
3	7	16,67
4	7	16,67
5	3	7,14
6	6	14,28
7	3	7,14
8	1	2,38
9	2	4,76
10	2	4,76
11	0	0,00
12	1	2,38
13	0	0,00
14	0	0,00
15	1	2,38
16	0	0,00
17	1	2,38

Tab. 5: Häufigkeitsverteilung der Gesamtpunktzahlen bei der SVF bei Normalpersonen

Punktzahl	Anzahl der Patienten	%-Anteil
0	7	16,66
1	7	16,66
2	4	9,52
3	6	14,28
4	5	10,90
5	3	7,14
6	3	7,14
7	4	9,52
8	0	0,00
9	1	2,38
10	0	0,00
11	0	0,00
12	0	0,00
13	1	2,38
14	1	2,38

Tab. 6: Häufigkeitsverteilung der Gesamtpunktzahlen bei der SasM bei Normalpersonen

Patienten ohne psychovegetative Allgemeinstörungen, Doelken - n = 210

	EDS ges.	EDS I	EDS II	SVF	SasM	SKSAI	SKSDS	SKSTS
EDS ges.	-	0,88	0,69	0,38	0,44	0,12	0,16	0,18
EDS I	0,94	-	0,27	0,39	0,46	0,19	0,19	0,27
EDS II	0,84	0,62	-	0,17	0,21	-0,04	0,03	-0,03
SVF	0,67	0,70	0,46	-	0,52	0,18	0,23	0,27
SasM	0,76	0,77	0,56	0,75	-	0,22	0,20	0,27
SKSAI	0,24	0,29	0,13	0,33	0,33	-	0,72	0,75
SKSOS	0,33	0,36	0,21	0,36	0,40	0,70	-	0,61
SKSTS	0,31	0,37	0,14	0,37	0,37	0,74	0,66	-

Werte der Gesamtstichprobe der Patienten - n = 354

Tab. 7: Korrelation der Subskalen

Kontrollpersonen Doelken - n = 42

	EDS ges.	EDS I	EDS II	SVF	SasM	SKSAI	SKSOS	SKSTS
EDS ges.	-	0,85	0,69	0,35	0,53	0,25	0,35	0,28
EDS I	0,93	-	0,20	0,24	0,41	0,16	0,35	0,26
EDS II	0,85	0,61	-	0,32	0,41	0,25	0,16	0,17
SVF	0,57	0,61	0,36	-	0,48	-0,08	0,1	0,01
SasM	0,69	0,70	0,50	0,65	-	-0,03	0,19	0,36
SKSAI	0,15	0,20	0,08	0,28	0,26	-	0,59	0,11
SKSOS	0,24	0,26	0,14	0,24	0,34	0,64	-	0,51
SKSTS	0,18	0,24	0,05	0,23	0,24	0,71	0,64	-

Patienten mit vegetativen Funktionsstörungen
Doelken - n = 144

Tab. 8: Korrelation der Subskalen

Von den Patienten mit psychovegetativen Störungen gaben 84 von 142 Tagesschwankungen an = 59,15 %.

Von den Patienten ohne psychovegetativen Störungen gaben 74 von 252 Tagesschwankungen an = 29,36 %.

Mittelwerte und Standardabweichung entnehme man der vorangehenden Tabelle.

Die Ergebnisse von R. Greiner in seiner Untersuchung: "Psychopathometrie der depressiven Symptome nach Herzinfarkt".

Vortrag in Innsbruck: Symposion der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie", am 28./29. Oktober 1979.

Greiner untersuchte 57 Herzinfarkt Kranke zwischen 0 und 4 Tagen nach dem Infarkt ereignis u.a. mit der SasM und SVF.

Der Mittelwert der SVF lag bei 3,07 mit einer Standardabweichung von 2,89.

Der Mittelwert bei der SasM lag bei 2,67 mit einer Standardabweichung von 4,45.

Der Korrelationskoeffizient der beiden Skalen untereinander betrug 0.26728.

L. Blaha: Doppelblind-Verlaufsstudie zur Wirksamkeitsprüfung eines Psychopharmakons 1978/79.

Bei einer Eunerpan^(R)-Distraneurin^(R)-Vergleichsstudie wurden 30 Alterspatienten, die an Unruhezuständen litten, u.a. mit der SVF und SasM untersucht. Von 25 Patienten lagen Einzelwerte vor.

Bei der SVF war $\bar{x} = 8,35$ mit $s = 9,04$.

Bei der SasM war $\bar{x} = 6,8$ mit $s = 7,96$.

Die hier angeführten Ergebnisse sind der Testung unmittelbar vor der Pharmaka-Therapie entnommen.

In einer Studie von H.H. Wieck, L. Blaha, R. Zenglein

und S. Lehl (1977) über die verschiedene Wirkung von Ciclazindol und Clomipramine bei endogenen Depressionen kamen die SVF, SasM, SKS und EDS bei insgesamt 20 depressiven Patienten zur Anwendung. Von 18 Patienten waren aufgeschlüsselte Testwerte verfügbar.

	EDS	SKS	SVF	SasM
$\bar{x}$	18,72	4,28	14,89	9,61
s	8,46	6,17	7,30	7,57

Mittelwerte der Testung mit Standardabweichung vor Behandlungsbeginn.

Im Zuge einer Tranxene-Pilot-Studie wurden von L. Blaha 1979 11 Patienten u.a. mit der EDS, SVF, SasM und SKS untersucht. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 53,8 Jahre ($s = 13,04$). An der Untersuchung waren 7 Frauen und 4 Männer beteiligt.

Diagnosen: endogene Depression 7 mal
zerebrale Hypoxidose 1 mal
psychovegetative Allgemeinstörungen 3 mal

Die Mittelwerte betragen zu Therapiebeginn

EDS	16,36	$s = 7,6$
SVF	13,36	$s = 7,28$
SasM	12,27	$s = 6,9$
SKS	3,45	$s = 8,66$

Die Ergebnisse von A. Huber (1977) bei ihrem Vergleich der Trennfähigkeit verschiedener Leistungs- und Selbstbeurteilungsverfahren bei endogen depressiven Patienten

und Patienten mit Durchgangs-Syndrom.

Huber untersuchte 40 zylothym depressive Patienten und 40 Patienten mit Durchgangs-Syndrom mit psychopathometrischen Leistungs- und Selbstbeurteilungsskalen. Sie suchte nach einem Test der diese 80 Patienten ihrer Diagnose am eindeutigsten zuordnet. Für die Selbstbeurteilungsskalen kamen u.a. alle in den Syndromspezifischen Selbsteinschätzungsskalen befindlichen zur Anwendung.

	depressive Patienten mit Patienten Funktionsspsychose	
Median	18,0	6,1
mittleres Quartil	4,5	3,5

Tab. Mediane und mittlere Quartile der Gesamtergebnisse der EDS

Huber kam u.a. zu dem Ergebnis, daß mit Hilfe der EDS eine gute Abgrenzung zwischen zylothym depressiven Patienten und Normalpersonen möglich sei und daß diese Skala auch von allen von ihr verwendeten Verfahren am besten zwischen zylothym depressiven Patienten und Patienten mit Durchgangs-Syndrom trennt.

Bei der SasM war die Korrelation mit der Gruppenzugehörigkeit auf dem 5 %-Niveau signifikant und differenzierte nach der EDS und der Orientierungs-Skala am besten zwischen den beiden Krankheitsbildern.

Die SKS machte keine ausreichende Differenzierung zwischen zyklotyper Depression und Durchgangs-Syndrom möglich. Bei der SVF war die Korrelation mit der Gruppenzugehörigkeit auf dem 5 %-Niveau signifikant. Trotzdem schien auf Grund von vegetativen Symptomen keine klare Unterscheidung zwischen den beiden Krankheitsbildern möglich, da kaum ein qualitativer Unterschied in der Art der vegetativen Störungen zwischen den beiden Patientengruppen zu finden war.

Die Angaben von Tagesschwankungen waren bei Patienten mit Funktionspsychose um die Hälfte weniger häufig als bei den depressiven Patienten. Der Unterschied war auf dem 1 %-Niveau signifikant.

In den Selbstbeurteilungs-Skalen fanden sich bei den depressiven Patienten ausnahmslos im Durchschnitt höhere Punktzahlen; die depressiven Patienten fühlten sich in ihrer Befindlichkeit wesentlich mehr gestört als die Patienten mit Funktionspsychose.

	Depressive Patienten	Patienten mit Funktionspsychose
Median	10,5	5,5
mittleres Quartil	5,9	4,8

Tab.9: Mediane und mittlere Quartile der Gesamtpunktzahl in der SasM

	Depressive Patienten	Patienten mit Funktionspsychose
Mediane	3,8	0,4
mittlere Quartile	5,6	5,6

Tab. 10: Mediane und mittlere Quartile der Ergebnisse der SKS

	Depressive Patienten	Patienten mit Funktionspsychose
Mediane	15,5	10,5
mittleres Quartil	3,4	5,3

Tab. 11: Mediane und mittlere Quartile der Gesamtpunktzahl der Skala für vegetative Funktionsstörungen

	Depressive Patienten	Patienten mit Funktionspsychose
Morgens geht es mir schlechter als abends	22	7
Besonders abends geht es mir schlechter als morgens	4	5
Mein Befinden bleibt im Verlauf des Tages gleich	14	28

Tab. 12: Ergebnisse des Fragebogens
"Erfassung des Tagesverlaufs"

Die Ergebnisse von G. Burkard und L. Blaha (1978) bei: "Empirische Untersuchungen über den Zusammenhang der Ergebnisse in Selbst- und Leistungsverfahren bei Durchgangssyndromen".

Die Studie wurde mit folgender Fragestellung konzipiert: "Besteht ein gleichgerichteter Zusammenhang zwischen Schweregrad der Funktionspsychose und dem Ausprägungsgrad der subjektiv empfundenen Störungen, die mit der Skala für vegetative Funktionsstörungen und der Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen erfaßt werden". Insgesamt wurden 56 Patienten mit der Diagnose "Zerebrale Hypoxidose mit vorwiegend psychiatrischer Symptomatik" in einer Doppelblind-Untersuchung von Nicergolin gegen Placebo erfaßt. Die Ergebnisse wurden den Tests vor der Medikamentenapplikation entnommen.

	sehr leichtes D - S	leichtes D - S	mittel schweres D - S	sehr schweres D - s
Median	9,9	8,6	8,5	6,0
Streuung (QA)	5,5	4,69	4,0	3,3

Tab. 13: Mediane und Streuungen der SVF-Werte in Abhängigkeit vom Schweregrad der Funktionspsychose

	sehr leichtes D - S	leichtes D - S	mittel schweres D - S	sehr schweres D - S
Median	8,0	6,67	4,0	4,4
Streuung (QA)	7,0	6,35	4,75	4,6

Tab. 14: Mediane und Streuungen der SasM-Werte in
Abhängigkeit vom Schweregrad der Funktions-
psychose

Aus der Studie folgerten die Autoren, daß Selbsteinschätzungsverfahren wertvolle zusätzliche Informationen vor allem im Übergangsbereich Normalzustand-Funktionspsychose liefern, aber immer im Zusammenhang mit einem objektiveren Leistungsverfahren abgenommen werden müssen.

Ergebnisse einer Studie von L. Blaha und H. Erzigkeit (Erlangen, 1976) zum Wirkungsnachweis von Vincamin bei zerebralen Hypoxidosen. (Eine Doppelblinduntersuchung unter besonderer Berücksichtigung von psychopathometrischen Untersuchungen sowie Hirndurchblutungs- und Stoffwechselfmessungen).

30 stationäre Patienten mit zerebralhypoxydose-bedingten Funktionspsychosen wurden in einer Doppelblindstudie mit Vincamin und Placebo untersucht. EDS und SKS kamen zur Anwendung. Das Alter der Patienten lag im Mittel bei 76,4 Jahren ($s = 8,4$). Beim ersten Untersuchungszeitpunkt lagen die Mediane der EDS bei den Männern:

EDS	9
SKS	0

bei den Frauen

EDS	8,5
SKS	0

leider fehlen genauere statistische Angaben.

L. Blaha, Sermion Studie Bayreuth - Teil II, Erlangen, August 1979

Bei der Studie wurden 44 Patienten mit zerebrovaskulärer Insuffizienz in Gruppen unterteilt mit Sermion, Placebo und Hydergin untersucht. U.a. kamen die SasM und SVF zur Anwendung. Das Durchschnittsalter der Pa-

tienten lag zwischen 71 und 75 Jahren, 86 % waren Männer, 14 % Frauen. Die Werte sind vor Therapiebeginn erreicht worden.

	SVF	n	SasM	n
Sermion	8,8	15	6,0	15
Placebo	7,5	14	5,0	14
Hydergin	2,3	13	0,4	12

Mediane

Nachdem die Studie doppelblind war und die Präparate zu diesem Zeitpunkt noch nicht gegeben waren, lassen sich die Testunterschiede bei den Gruppen am einfachsten durch Zufallseinflüsse erklären.

L. Blaha untersuchte 1979 31 Patienten mit zerebrovaskulärer Insuffizienz und vorwiegend psychiatrischer Symptomatik in einer Doppelblindstudie mit Buflomedil und Placebo. Es kamen im Laufe der Untersuchungen u.a. EDS, SVF, SasM und SKS zur Anwendung.

Die Mediane betrugen:

	Buflomedil	Placebo
EDS	11	11
SVF	7,67	8,00
SasM	1,00	4,00
SKS	0,25	0,30

jeweils gemessen vor der Pharmakon-Applikation.

Die Patienten waren im Durchschnitt 72 Jahre alt;
2/3 Männer und 1/3 Frauen; IQ untere Grenze des Normalbereiches (ca. 90 IQ-Punkte).

L. Blaha, R. Zenglein führten in einer Studie zur Therapie akuter Schizophrenie-Schübe: "Haldol-Janssen Behandlung in adäquater individueller Dosierung (A.J.D) im klinischen Vergleich mit einer Zwei-Zügel-Therapie (1979) bei 33 Patienten; u.a. Untersuchungen mit der SWF durch. Der Median lag bei 10,9.

Die Ergebnisse von H. Erzigkeit (1978) in der Untersuchung:

Adipositas-Versuch der psychologischen Beschreibung einer Extremgruppe.

Erzigkeit untersuchte u.a. mit den Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen 105 Männer und 244 Frauen, die an Fettsucht litten.

Er teilte die untersuchten Personen in fünf Gruppen ein:

- I. Die von einer chirurgischen Abmagerungsbehandlung Abgewiesenen (weniger als 100 % Übergewicht nach Broca)
- II. Die auf die Warteliste gesetzt wurden und mehr als 100 % Übergewicht hatten
- III. Personen, die weniger als 20 % Übergewicht hatten)
- IV. Personen, die zwischen 20 und 50 % Übergewicht hatten) operierte Patienten
Personen mit mehr als 50 % Übergewicht)

SasM

Rangplatz

der Gewichtsgruppen:

	2	1	5	4	3	
Männergruppen	I	II	III	IV	V	Gesamt

Mittelwerte $\bar{x}$	10,6	11,5	6,9	7,5	7,0	8,70
-----------------------	------	------	-----	-----	-----	------

Standardabweichung s	6,9	5,6	7,6	5,2	8,4	-
------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	---

Frauengruppen

	I	II	III	IV	I	Gesamt
--	---	----	-----	----	---	--------

Mittelwerte $\bar{x}$	13,0	12,7	7,1	7,7	9,2	9,94
-----------------------	------	------	-----	-----	-----	------

Standardabweichung s	6,0	7,1	6,5	6,6	7,8	-
------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	---

Mit zunehmender, höherer Gewichtsgruppe zeigt sich ein zunehmend erhöhter SasM-Wert ($p < 0,01$).

SVF

Rangreihe der

Gewichtsgruppen

	2	1	5	4	3	
Männergruppen	I	II	III	IV	V	Gesamt

Mittelwerte $\bar{x}$	13,6	13,9	7,3	12,1	12,8	11,94
-----------------------	------	------	-----	------	------	-------

Standardabweichung s	6,5	6,0	6,3	3,9	4,5	-
------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	---

Frauengruppen

	I	II	III	IV	V
--	---	----	-----	----	---

Mittelwerte $\bar{x}$	14,1	13,8	9,3	10,4	12,8	12,08
-----------------------	------	------	-----	------	------	-------

Standardabweichung s	6,6	5,8	5,9	6,0	6,5	-
------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	---

Die Rangkorrelationen der Gewichtgruppen mit den SVF-Gruppen waren noch für Frauen: $s = 0,98$

für Männer: $s = 1,0$

Die SKS-Ergebnisse sollen nicht näher interpretiert werden, da auch frischoperierte Patienten in die Untersuchung miteinbezogen wurden. (Trotzdem lagen die Werte der Nichtoperierten immer noch höher als die der Frischoperierten).

Tagesverlauf:	Männer					Frauen				
Gewichtsgruppen	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3
	I	II	III	IV	I	I	II	III	IV	V

Das Befinden blieb
im Verlauf des Tages
gleich

Rangwerte der										
qualen Häufig-										
keiten	2	5	4	1	3	4	3	1	5	2

EDS

		R. Gew.	R		R		R					
Männer			$\bar{x}_G$		$\bar{x}_I$		$\bar{x}_{II}$		n	s_G	s_I	s_{II}
I	2		10,6	2	6,0	2	4,6	2	46	7,1	4,1	3,3
II	1		11,9	1	6,1	1	5,2	1	17	6,5	3,6	3,7
III	5		7,9	4	4,2	4	3,7	3	20	6,7	3,7	3,3
IV	4		8,3	3	4,9	3	3,4	5	10	4,8	3,0	2,2
V	3		7,5	5	4,0	5	3,5	4	12	8,3	4,7	4,0
Gesamt:			9,24		5,04		4,08		105			

Frauen												
I	2	14,2	1	7,9	1	6,2	1	110	7,5	4,2	3,9	
II	1	13,5	2	7,6	2	5,9	2	71	7,1	4,0	3,6	
III	5	9,1	5	4,5	5	4,6	3	8	5,3	3,2	2,8	
IV	4	9,6	4	5,7	4	3,9	5	22	6,3	4,4	2,7	
V	3	11,0	3	6,8	3	4,2	4	33	8,2	5,1	3,6	
Gesamt:		11,48		6,50		4,96		244				

$\bar{x}_G$ = Mittelwert "selbstbeurteilte depressive Symptomatik",
Gesamtwert

$\bar{x}_I$ = Mittelwert "depressive Stimmung"

$\bar{x}_{II}$ = Mittelwert "Einschränkung der Expansivität"

R = Rangplatz

n = Stichprobenumfang

Gew. = Gewichtsgruppen

Weitere Untersuchungen

Die Ergebnisse von Th. Grobe, W. Muth und G. Spörl (1979) bei: Psychiatrische und psychopathometrische Untersuchungen nach operativen Eingriffen an extrakraniellen Gefäßen.

Als Beitrag zur Frage psychischer Auffälligkeiten bei extrakraniellen Gefäßprozessen wurde im Rahmen einer Verlaufsuntersuchung von 123 Patienten, die an extrakraniellen Gefäßveränderungen operiert wurden, neuro-psychiatrische, testpsychologische und psychopathometrische Untersuchungen durchgeführt mit der Fragestellung des Einflusses von Begleiterkrankungen auf den postoperativ erfaßbaren psychischen Befund.

Bei den Testverfahren kamen u.a. zur Anwendung EDS, SVF und SasM.

Bei Unterteilungen in psychisch "unauffällig", "leicht auffällig" und "deutlich auffällig" waren die Verteilungen der Testergebnisse in der EDS, SasM signifikant verschieden von einer Zufallsverteilung: Nach dem χ^2 -Test: EDS ($p < 0,05$); SasM ($p < 0,01$). Enge Zusammenhänge bestanden zwischen den leistungsabhängigen testpsychologischen und psychopathometrischen Verfahren und dem psychischen Befund.

Die Ergebnisse von H. Erzigkeit, S. Lehl und L. Blaha in der Untersuchung: Beeinflusst Oxprenolol (Tranquil[®]) psychisches Befinden und die Leistung bei Sportschützen im Wettkampf? (1977)

Bei dieser Studie sollte untersucht werden u.a. mit Hilfe der SasM, ob sich bei Sportschützen in einer Wettkampfsituation unter der Gabe von Oxprenolol im Vergleich zu Placebo das Befinden bessert und ob sich die Schießleistungen nicht verschlechtern.

Die Untersuchungsergebnisse bei 15 Sportlern zeigten in der standardisierten Selbstbeurteilungsskala, daß das Aktivitätsniveau vermindert und die psychische Befindlichkeit der Schützen in der Wettkampfsituation gebessert wird.

Sie stimmten mit den Ergebnissen des freien Interviews überein, in dem die Schützen unter Oxprenolol signifikant häufiger angaben, eine positive Wirkung verspürt zu haben.

G. Triebig, H.-G. Essing, K.-H. Schaller und H. Valentin (1976) verwendeten bei der Studie: "Biochemische und psychologische Untersuchungen an Trichloräthylen-exponierten Probanden" (n = 7) u.a. die EDS, SKS und die Befragung nach Tagesschwankungen.

R. Schiele, K.-H. Schaller und T. Grobe untersuchten (1979) 23 beruflich quecksilberexponierte Personen u.a. mit der EDS, SVP, SasM und SKS.

R. Meyer verwendete bei der Studie: "Zur Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Patienten mit peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen (1979) (n = 84) u.a. die SasM, SVP und SKS.

Leider fehlen bei Letztgenannten genauere statistische Angaben.

5.2 Fallbeispiel

Zur Demonstration der Anwendung, Auswertung und Interpretation soll ein Fallbeispiel gegeben werden. Es handelt sich um einen 32jährigen Patienten einer Arztpraxis für Allgemeinmedizin.

Herr U., 32 Jahre, Beruf Schlosser
Von Hausärztin an die Uni-Nervenklinik zur Abklärung von Schlafstörungen überwiesen.

Vorgeschichte: Vor etwa 4 Jahren ähnliche Beschwerden - wurden damals vom Hausarzt mit Tabletten behandelt - wären nach einem halben Jahr besser geworden. Seit dieser Zeit gehäuft Magenbeschwerden, sonst unauffällig.

Klagen: Pat. kann nachts nicht schlafen und hat in der Früh Schwierigkeiten aufzustehen. Fühlt sich am Morgen zerschlagen - nachmittags geht es ihm besser.
Gibt weiter Magenbeschwerden an und gelegentliche Schluckstörungen.

Untersuchungsergebnisse: Neurologische und allgemeine Untersuchung ohne Befund. Außerdem wurden die syndromspezifischen Selbsteinschätzungsskalen vorgelegt. Die Ergebnisse stehen am Schluß des jeweiligen Testbogens.

Syndromspezifische Selbsteinschätzungs- Skalen

Patienten-Nr. _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____ Uhrzeit: _____ Beruf: _____

Bemerkungen: _____

bitte wenden

EDS

Schätzen Sie bitte Ihr Befinden ein. Setzen Sie hinter jeder der folgenden Feststellungen ein Kreuz in die Spalte, die Ihr Befinden am besten kennzeichnet.

Ein Kreuz in der Spalte „stimmt genau“ bedeutet **k l a r e** Zustimmung zur links stehenden Feststellung. Nicht so klare Zustimmungen trägt man unter „fast richtig“ oder „nur halb richtig“ ein. Bei leichter Ablehnung der Feststellung wird „stimmt kaum“ angekreuzt und bei **k l a r e r** Ablehnung „ganz falsch“.

	stimmt genau	fast richtig	nur halb richtig	stimmt kaum	ganz falsch
Ich möchte lustig sein	x				
Ich glaube, ich kann nichts leisten		x 3			
Ich möchte weinen	x 4				
Ich möchte etwas unternehmen			x 2		
Ich bin traurig		x 3			
Ich möchte mir etwas antun					x 0
Ich fühle mich nicht wohl	x 4				
Ich mag mich selbst nicht mehr	x 4				
Ich kann mich nicht entscheiden		x 3			

	Gesamt	Faktor I	Faktor II
Punkte	23	14	9

Der Gesamtscore ergab 23 Punkte, was einem mittelschweren, depressiven Zustandsbild entspricht.

Wir möchten Sie hier über Ihr Befinden im Tagesverlauf befragen:

Besonders morgens geht es mir schlechter als abends	Ja ☐	Nein ☐
Besonders abends geht es mir schlechter als morgens	Ja ☐	Nein ☐
Mein Befinden bleibt im Verlauf des Tages gleich	Ja ☐	Nein ☐
Mein Befinden schwankt mehrmals während des Tages	Ja ☒	Nein ☐

SVF

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden Sie haben:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	nicht
Ich schlafe unruhig		x 3			
Schlaf erfrischt mich				x 3	
Mein Mund ist trocken					x 0
Ich esse gerne				x 3	
Mein Gewicht nimmt ab					x 0
Ich habe Verstopfung				x 1	
Ich habe Herzklopfen oder Herzjagen		x 3			
Ich schwitze, auch wenn ich nichts tue	x 4				
Mir kommen oft die Tränen			x 2		

Punkte:

Ein Gesamtscore von 20 weist auf eine ziemlich starke negative Symptomatik hin.

bitte wenden

Geben Sie bitte an, wie Ihnen zumute ist:

Ich fühle mich matt

Ein Druck lastet auf mir

Ich bin wie zugeschnürt

Ich bin unruhig

Ich fühle mich eingeeengt

Ich fühle mich zerschlagen

sehr	ziemlich	mittel	wenig	nicht
	x 3			
x 4				
		x 2		
			x 1	
		x 2		
	x 3			

Punkte:

15

Die allgemeinen somatischen Mißempfindungen werden bei 15 Punkten als ziemlich schwer eingestuft.

SKS

Meine Schmerzen sind:

Stark

Stechend

Blitzartig durchzuckend

Ziehend

Spitz

Schwer

Hartnäckig

Überall vorhanden

Stumpf

sehr	ziemlich	mittel	wenig	entfällt
		x 2		
				x 0
				x 0
			x 1	
				x 0
			x 1	
	x 3			
		x 2		
	x 3			

Punkte:

2

(AI)

1

(OS)

9

(TS)

12

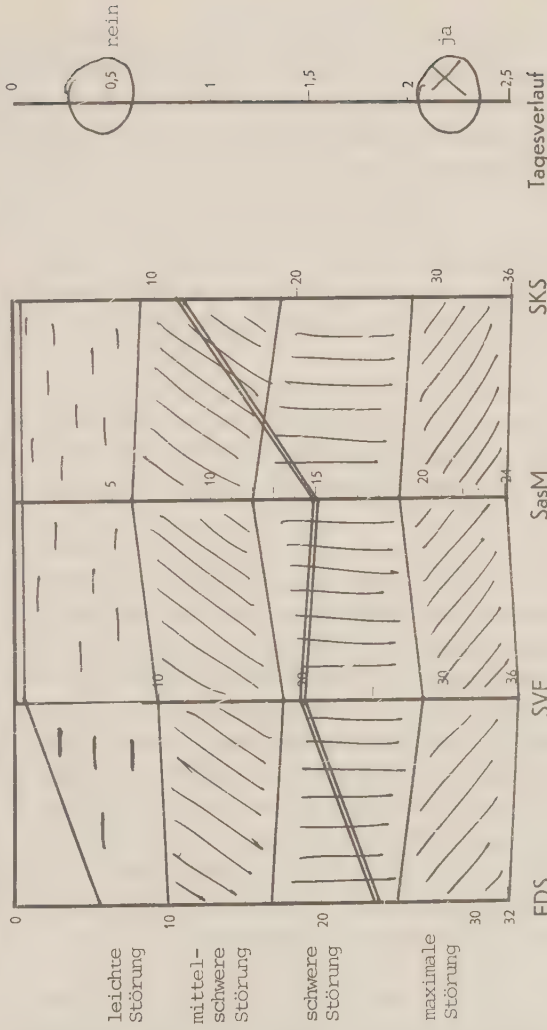
(AI): allgemeine Schmerzintensität

(OS): Oberflächenschmerz

(TS): Tiefschmerz

Bei der Schmerzkurz-Skala zeigt der Patient mittelschwere allgemeine Schmerzintensität, wenig Oberflächenschmerz aber ziemlich starke Beeinträchtigung durch Tiefschmerz.

Syndromspezifische Skalen: Profildarstellung der Rohpunkte



Name:
 Alter:
 Diagnose:

Datum:
 Geschlecht:
 Bemerkungen:

IQ:

Der Patient wäre somit als überwiegend schwer-mittelschwer gestört einzustufen.

6.0 DISKUSSION

Die bisherigen Untersuchungen mit den Syndromspezifischen Selbst-Beurteilungs-Skalen erlauben vorläufig **nur** Aussagen darüber, welche Syndrome mit den Tests gemessen werden können und wie weit sich die Tests zur Differenzierung verschiedener Syndrome eignen.

Die am besten verwertbaren Ergebnisse wurden bei Untersuchungen von psychovegetativen Allgemeinstörungen, depressiven Syndromen und Funktionspsychosen erzielt.

Als sogenanntes Normalpersonen-Kollektiv mögen die von Dölken getesteten 42 Begleitpersonen von Patienten, die seine Allgemeinpraxis aufsuchten, und Angehörige des Bundesgrenzschutzes (s. Dölken, 1979) gelten.

Es zeigte sich, daß Patienten ohne psychovegetative Allgemeinstörungen in den verschiedenen Tests etwa gleiche Werte erzielten wie das Normal-Kollektiv, während Patienten mit psychovegetativen Allgemeinstörungen signifikant höhere Werte erreichten (s. Profildarstellung). Mit Hilfe der Skalen ist also eine **gute** Trennung zwischen Normalpersonen oder Personen ohne psychovegetative Allgemeinstörungen und Patienten mit psychovegetativen Allgemeinstörungen möglich.

Zur Erfassung von depressiven Syndromen erwiesen sich die Tests als **besonders gut geeignet**.

Bei depressiven Patienten zeigten die Skalen mit Ausnahme der SKS die höchsten Ausschläge. Außerdem stimmten die Werte zwischen allen Untersuchungen depressiver

Patienten fast überein. (Wieck, Blaha, Zenglein, Lehl, 1977; Huber, 1977; Blaha, 1979). Eine Trennung von reaktiven und endogenen Depressionen an Hand der Werte scheint nicht möglich, wohl aber eine Trennung depressiver Syndrome bei endogenen Depressionen und Durchgangssyndromen, wie A. Huber nachwies. Depressive Patienten lassen sich von depressiven Durchgangssyndromen am besten mit der EDS trennen (wie auch von Normal-Personen) ferner mit der SasM. Mit der SKS und SVF war eine ausreichende Differenzierung zwischen den beiden Krankheitsbildern nur an Hand der Profildarstellung möglich (Huber).

Patienten mit Funktionspsychosen erreichten in der EDS durchschnittlich so hohe Werte wie Patienten mit psychovegetativen Allgemeinstörungen und lagen damit weit über den von Normalpersonen erreichten Punktzahlen. Auch bei der SVF und SasM waren ihre Werte gegenüber Normalpersonen erhöht, wobei mit der Schwere des Durchgangssyndromes die Werte absteigende Tendenz zeigten (s. Burkard, Blaha, 1978). Im auf den Skalen abgelesenen Übergangsbereich vom Normalzustand zu Funktionspsychose sollten Selbstbeurteilungsverfahren immer im Zusammenhang mit objektiveren Leistungsverfahren abgenommen werden (Burkard-Blaha, 1978). Die SKS-Werte waren bei Funktionspsychosen auffällig erniedrigt.

Untersuchungen, die mit Subskalen der Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen durchgeführt wurden:

Mit Greiners Untersuchungsergebnissen bei Herzinfarkt-Kranken, die er unter Zuhilfenahme der SasM und SVF durchführte, ist eine Trennung gegenüber dem Normal-

personen-Kollektiv nicht möglich.

In der Untersuchung von Blaha (1978/79) mit der SasM und SVF zeigten Alterspatienten mit Unruhezuständen erhöhte Werte, was auf die dabei anzunehmende Funktions-psychose zurückzuführen sein dürfte.

1979 untersuchte Blaha Patienten im akuten Schizophrenieschub mit der SVF, die im Vergleich zu Normalpersonen stark erhöhte Werte zeigten.

Adipöse Patienten erreichten in der Untersuchung von Erzigkeit in EDS, SasM und SVF stark erhöhte Werte, die mit dem Maß an Übergewicht korrelierten.

Teile der Skalen zeigten sich weiter als empfindlich - bei Untersuchungen an Patienten nach operativen Eingriffen an extrakraniellen Gefäßen zur Feststellung psychischer Auffälligkeiten mit der Fragestellung des Einflusses von Begleiterkrankungen auf den postoperativ erfaßbaren psychischen Befund - die EDS, SVF und SasM - (Grobe, Muth, Spörl, 1979) bei Untersuchungen der Wirkung von Oxprenolol auf psychisches Befinden und die Leistung bei Sportschützen im Wettkampf - die SasM - (Erzigkeit, Lehl, Blaha, 1977).

Keine Auffälligkeiten zeigten die EDS, SKS und die Befragung nach Tagesschwankungen bei Untersuchungen an Trichloräthylen-exponierten Probanden (Triebig, Essing, Schaller, Valentin, 1976), die EDS, SVF, SasM und SKS bei Quecksilber-exponierten Personen (Schiele, Schaller, Grobe, 1979), die SasM, SVF und SKS bei Patienten mit peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen (Meyer, 1979).

7.0 ZUSAMMENFASSUNG

Die Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen wurden nach den depressiven Elementar-Symptomen der endogenen Depression, wie sie H.H.Wieck (1967) beschreibt, zusammengestellt und erfassen Schuldgefühle, Traurigkeit, Störungen der Erlebnisweisen, spezifische und allgemeine leibliche Mißempfindungen, vegetative Funktionsstörungen und Tagesschwankungen.

Ihre Anwendung ist für einmalige Schweregradmessungen, für Schweregradmessungen im Rahmen von Verlaufsbeobachtung und für differentialtypologische Zwecke gedacht.

Die Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen sind ein ökonomisches, eindeutig beantwort- und interpretierbares Testverfahren, das an den Patienten keine großen Anforderungen stellt. Im Vergleich zu bisherigen Verfahren, z.B. der Beschwerden-Liste nach von Zerssen, zeigen sie einen höheren Differenzierungsgrad. Während beispielsweise in der Beschwerdenliste spezifische somatische Störungen gemeinsam mit vegetativen und allgemeinen Funktionsstörungen gemessen werden, sind in den Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen Schmerz, allgemeine somatische Mißempfindungen und vegetative Störungen in Subskalen mit eigener Punktwertung aufgeschlüsselt. Die bessere Trennung einzelner Beschwerden erlaubt es schließlich auch, die Skalen bei allerdings nur ganz begrenzten Fragestellungen zur Differentialdiagnose bzw. -typologie bei einigen Syndromen einzusetzen. Dieser neue Aspekt gegenüber den bisherigen Globalskalen bringt auch bei Verlaufsbeobachtungen, die mit den Syndromspezifischen Selbstbeurteilungs-Skalen durchgeführt werden können, Nutzen.

Bei den Subskalen mit dem höchsten Ausschlag zeichnet sich da die Verlaufsbeobachtung häufig am subtilsten ab. Bei einer globalen Punktezahl für mehrere verschiedene Beschwerden besteht diese Möglichkeit hingegen nicht.

Um Störungsgrade bei sehr schweren endogenen Depressionen zu messen, erweisen sich die Skalen als ungeeignet - ihre Anwendung ist auf leichtere Störungen beschränkt.

LITERATURVERZEICHNIS

- Blaha, L.: Psychopathometrische Testverfahren-
Hinweise auf praxisgerechte Methoden.
Med.Klin. Sondernummer (1979) 13-20
- Blaha, L.: Erfassung psychopathologischer Merkmale
bei psychopharmakologischen Verlaufsunter-
suchungen.
Arzneim.-Forsch. 28 (1978) 1317-1318
- Blaha, L.: Doppelblind-Verlaufsstudie zur Wirksamkeits-
prüfung eines Psychopharmakons (Eunerpan^(R) -
Distraneurin^(R)) 1978/1979 (nicht veröffent-
licht)
- Blaha, L.: Tranxene-Pilot-Studie 1979
(nicht veröffentlicht)
- Blaha, L.: Studie zum Wirkungsnachweis von Vincamin bei
zerebralen Hypoxidosen 1979
(nicht veröffentlicht)
- Blaha, L.: Sermion-Studie 1979
(nicht veröffentlicht)
- Blaha, L.: Buflomedil Studie 1979
(nicht veröffentlicht)

Blaha, L., Zenglein, R., Wiedmayer, J.: Zur Therapie akuter Schizophrenie-Schübe. Haldol-Janssen-Behandlung in adäquater individueller Dosierung (A.J.D.) im klinischen Vergleich mit einer Zweizügel-Therapie.
Fortschr.Med. 23 (1979) 1095-1100

Brähler, E., Scheer, J.W.: Skalierung psychosomatischer Beschwerdenkomplexe mit dem Gießener Beschwerdebogen (GBB).
Psychother.med.Psychol. 29 (1979) 14-27

Burkard, G., Blaha, L.: Empirische Untersuchungen über den Zusammenhang der Ergebnisse in Selbst- und Leistungsverfahren bei Durchgangssyndromen. Vortrag auf dem 8. Symposium der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie, Heidelberg, 12/13. Oktober 1979

Dölken, R.: Psychovegetative Allgemeinstörungen in der Allgemeinpraxis. Untersuchung der Häufigkeit der Symptomatik sowie der Möglichkeit einer Erfassung durch ein psychopathometrisches Verfahren. Diss. Erlangen 1979

Erzigkeit, H.: Adipositas-Versuch der psychologischen Beschreibung einer Extremgruppe. Diss. Erlangen 1978

Erzigkeit, H., Lehl, S., Blaha, L.: Beeinflußt Oxprenolol (Trasicor^(R)) psychisches Befinden und die Leistung bei Sportschützen im Wettkampf?

Therapiewoche 27 (1977) 6497-6506

Greiner, R., Lehl, S.: Psychopathometrie der depressiven Symptome nach Herzinfarkt. Vortrag in Innsbruck = Symposion der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie am 28/29. Oktober 1979

Grobe, Th., Muth, W., Spörl, G.: Psychiatrische und psychopathometrische Untersuchungen nach operativen Eingriffen an extrakraniellen Gefäßen.

Neurol. Psychiat. 5 (1979) 4007-400

Huber, A.: Ein Vergleich der Trennfähigkeit verschiedener Leistungs- und Selbstbeurteilungsverfahren bei endogenen depressiven Patienten und Patienten mit Durchgangssyndrom. Diss. Erlangen 1977

Huffmann, G.: Erkennung und Behandlung depressiver Zustände. Fortschr. Neurol.-Psychiat. 47 (1979)

520-538

Kinzel, W.: Die Bedeutung der Psychopathometrie für die moderne Psychiatrie. Eine erweiterte Begriffsbestimmung. Psychopathometrie 1 (1975) 9-19

Kirkilonis, T., Lugauer, J., Lehl, S.: Psychopathologische Erhebungsverfahren f. Allgemeinmedizin 55 (1979) 1859-1867

Lehl, S.: Psychopathometrische Kurztests.
Neurol. Psychiat. 4 (1978) 282-291

Lehl, S., Blaha, L., Clemens, R.: Psychologische und psychopathologische Meßverfahren zur Prüfung von Tranquillantienwirkung.
Neurol. Psychiat. 5 (1979) 523-526

Lehl, S., Gallwitz, A.: Erlanger Depressions-Skala
EDS. Vless: Vaterstetten-München 1977

Lehl, S., Baer, R., Röth, F.G.: Ein Versuch verteilungsunabhängiger Strukturanalysen bei zyklischen Depressionen. Psychopathometrie 1 (1975) 40-56

Lehl, S., Gallwitz, A., Erzigkeit, H., Blaha, L.: Wann liefern Selbstbeurteilungsskalen ein falsches Bild vom Therapieverlauf endogener Depressionen. Therapiewoche 28 (1978) 4150-4159

Meyer, R.: Zur Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Patienten mit peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen. Diss. Erlangen 1979

Myrtek, M.: Psychovegetative Labilität, in Med.Welt
29 (1978) 1166-1169

Schiele, R., Schaller, K.-H., Grobe, Th.: Untersuchungen
an beruflich Quecksilberexponierten Personen.
Arbeitsmed. Sozialmed. Präventivmed. 14 (1979)
226-229

Triebig, G., Essing, H.-G., Schaller, K.-H., Valentin, H.:
Untersuchungen an Trichloräthylen-exponierten
Probanden. ZBl. Bakt. Hyg., I. Abt. Orig.
B 163 (1976) 383-416

Wieck, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Schattauer:
Stuttgart - New York, 2. völl.neu bearb.Aufl.

Wieck, H.H., Blaha, L., Zenglein, R., Lehl, S.: Über
die unterschiedliche Wirkung von Clomipramine
und Ciclazindol bei Depressionen 1977 (nicht
veröffentlicht)

Wieck, H.H., Heerklotz, B.: Psychovegetative Allgemein-
störungen sind das therapeutische Feld der
modernen Ataraktika. Moderne Medizin 6 (1978)
952-957

Wieck, H.H., Hillemacher, A.: Therapie psychosomatischer
Krankheiten in der Praxis. Perimed: Erlangen,
1979

Zerssen, D.v., Koeller, D.-M.: Manual-Allgemeiner Teil
Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus
dem Münchner Psychiatrischen Informations-
System (Psychis München) Beltz: Weinheim
1975

Herrn Prof. Dr. H.H. Wieck, der am 2.Jan.1980 verstorben ist, verdanke ich die Überlassung des Themas.

Herrn Prof. Dr. H. Daun bin ich für die Weiterbetreuung dieser Arbeit sehr verbunden.

Herrn Dipl.-Psych. Dr. S. Lehl fühle ich mich für die großzügige Unterstützung und für die wertvollen Ratschläge zu dieser Arbeit sehr verpflichtet.

L E B E N S L A U F

Am 27. Oktober 1955 bin ich als Sohn des Textilfabrikanten Emil Moesler und der Redakteurin Dr. Gustava Moesler geb. Schiffer in München geboren.

1961 - 1965 besuchte ich die Volksschule in Grünwald und anschließend das damalige Neue Realgymnasium in Harlaching, wo ich das Abitur machte. Nach einem Praktikum bei der Lebenshilfe für geistig Behinderte in München begann ich im Wintersemester 1975 das Doppelstudium Medizin und Kunstgeschichte mit den Nebenfächern Psychologie und Philosophie.

Im August 1977 legte ich die Ärztliche Vorprüfung ab und ein Jahr später das 1. Staatsexamen. Im August 1980 machte ich das 2. Staatsexamen. Im Oktober 1981 bestand ich den 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Gegenwärtig arbeite ich an einer Doktorarbeit in Kunstgeschichte.

Erlangen, im Oktober 1981

